Thèse présentée pour le doctorat en médecine

ANNÉE 1923 — N° 12

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

RENÉ BUCHER

né à Steinbrunn-le Haut (Ht Rhin)
le 1er décembre 1894

L'Assurance-maladie en Alsace et en Lorraine, ses avantages et inconvénients au point de vue médical et professionnel

Président : Mr CHAVIGNY, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie J. H. Ed. Heitz, 16, rue du Maréchal Joffre
1923

Thèse présentée pour le doctorat en médecine

ANNÉE 1923 N° 12

THÈSE

présentée pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

par

RENÉ BUCHER

né à Steinbrunn-le Haut (Ht Rhin)
le 1er décembre 1894

L'Assurance-maladie en Alsace et en Lorraine, ses avantages et inconvénients au point de vue médical et professionnel

Président: Mr CHAVIGNY, Professeur

STRASBOURG
Imprimerie J. H. Ed. Heitz, 16, rue du Maréchal Joffre
1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	WEISS O. ✻ ✪ I.
Assesseur		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.

Professeurs

Embryologie	MM.	ANCEL ✻ ✪ I.
Anatomie		FORSTER ✪ A.
Histologie		BOUIN ✻ ✪ I.
Physiologie		N . . .
Physique biologique		WEISS O. ✻ ✪ I.
Chimie biologique		NICLOUX ✪ I.
Anatomie pathologique . . .		MASSON ✪ A.
Pharmacologie, Médecine expérimentale		AMBARD ✪ A.
Hygiène, Bactériologie . . .		BORREL O. ✻ ✪ I.
Médecine légale		CHAVIGNY O. ✻ ✪ I.
Clinique médicale		BARD O. ✻ ✪ I. BLUM Léon ✻ ✪ A.
Clinique chirurgicale. . . .		SENCERT O. ✻ ✪ I. STOLTZ ✻ ✪ A.
Clinique ophtalmologique . .		DUVERGER ✪ A.
Clinique dermatologique . .		PAUTRIER ✻ ✪ A.
Clinique psychiatrique . . .		PFERSDORFF ✪ A
Clinique neurologique . . .		BARRÉ ✻ ✻ A.
Clinique oto-rhino-laryngologique		N . . .
Clinique gynécologique et accouchement		SCHICKELÉ ✪ A.

Chargés de cours

MM.	ARON Max ✪ A.	MM.	KELLER ✪ A.
	BELLOCQ ✪ A.		LICKTEIG ✪ A.
	BLUM (Paul) ✻ ✪ I.		WEILL ✪ A.
	CANUYT		REEB ✪ A.
	GELMA ✪ A.		ROHMER ✪ A.
	GÉRY ✪ A.		SCHAEFFER ✪ A.
	BOEZ		SCHWARTZ ✪ A.
	GUNSETT ✪ A.		VAUCHER ✪ A.
	HANNS ✻ ✪ A.		FONTES
	HUGEL ✪ A.		

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

témoignage de ma profonde
affection

A MA FIANCÉE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR

PAUL CHAVIGNY,

médecin principal de 1ère classe
Professeur de médecine légale
à la faculté de médecine de
Strasbourg,
Officier de la légion d'honneur.

«Je crois invinciblement que les peuples s'entendront, non pour détruire, mais pour édifier et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante.»

PASTEUR.

«L'humanité est une. Il y a des différences de races; mais plus une race est haute, plus elle a de devoirs.»

MAHATMA GANDHI.
(Ethical religion.)

INTRODUCTION.

«Tu es loin; mais tes rayons touchent la terre, le jour accompagne tes pas.»
Tout-Ankh-Amon.

A l'heure où on se propose à présenter au vote du Parlement des projets de loi insistant sur la nécessité d'organiser en France un régime de prévoyance sociale plus efficace, mieux adapté aux exigences des temps modernes et qui concluent tous —, qu'il s'agisse du projet Grinda, du projet gouvernemental ou du projet mutualiste, — à la nécessité de l'assurance obligatoire, ne conviendrait-il pas que nous tirions parti des leçons que l'expérience de l'Alsace et de la Lorraine peut nous fournir et que nous profitions du vaste champ qu'offre à nos investigations et nos recherches le domaine des assurances sociales qui, dans ce pays, fonctionnent depuis 23 ans et qui y sont maintenues en vigueur par une loi du 17 octobre 1919? Ne convient-il pas de se rappeler les paroles de Mr Millerand, alors Commissaire général de la République, qu'il a prononcées lors de la création de l'Office général des Assurances sociales à Strasbourg, le 5 mai 1919: «La France républicaine a mis depuis longtemps au premier rang de ses préoccupations la sécurité des travailleurs. Elle entend, en maintenant intégralement les avantages sociaux assurés aux ouvriers et employés d'Alsace et de Lorraine par la législation existante, y puiser les éléments susceptibles d'améliorer ses propres lois et procurer ainsi de nouveaux avantages à l'ensemble des travailleurs français.»? En effet, la réalisation de ces promesses d'une haute portée sociale est proche à ce moment où la question de l'assurance obligatoire contre la maladie est mise à l'ordre du jour des travaux parlementaires.

Il ne peut cependant pas être l'objet d'une thèse purement médicale, d'y puiser des éléments d'ordre politique, juridique, administratif, ni même social. Ce qui nous intéresse ici, c'est le côté médical du problème. Ce que ce petit exposé se propose, c'est d'être une étude analytique et critique de l'assurance-maladie en Alsace et en Lorraine au point de vue médical et professionnel, d'autant plus que, de tous les facteurs rentrant en ligne de compte dans l'assurance-maladie, le plus important est évidemment le médecin. C'est lui le centre de toute cette législation sociale. C'est sur l'exercice de la médecine qu'inversement ces lois sociales ont la plus profonde influence et la répercussion la plus considérable.

Il nous semble cependant indispensable, avant d'entrer dans la matière proprement dite, de donner un aperçu sommaire, peut-être un peu aride des bases et de l'étendue de l'assurance-maladie, aperçu qui nous fournira le moyen de suivre avec plus de facilité les questions intéressant le médecin et qui sont souvent intimement liées à l'organisation administrative même de l'assurance-maladie.

CHAPITRE PREMIER.

Bases et étendue de l'assurance-maladie.

La législation de prévoyance sociale comprenant l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité-vieillesse et l'assurance-accidents est introduite en Alsace et en Lorraine depuis 1889. Toutes les lois créant ou améliorant le fonctionnement de ces différentes branches de l'assurance-sociale ont été fusionnées et codifiées en 1911. Sous cette forme elles sont restées en vigueur en Alsace et en Lorraine par application du principe général établi par la loi du 17 octobre 1919 relative au régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine (B. O. N° 39, p. 2825) et statuant que les provinces reconquises continueront jusqu'à ce qu'il ait été procédé à l'introduction des lois françaises, à être régies par les dispositions législatives et réglementaires qui y sont en vigueur. — Nous nous adressons ici uniquement à l'assurance-maladie.

Assurés:

Il y en a 2 catégories: les obligatoires et les facultatifs.

Sont assujettis à l'assurance obligatoire sans limite de salaire: les ouvriers, aides, compagnons, apprentis, domestiques, artisans à domicile.

Sont assujettis à l'assurance-obligatoire, autant que leur salaire annuel ne dépasse pas 8000 frs. (limite fixée par le décret du 28 octobre 1920): les fonctionnaires d'exploitation, contre-maîtres et autres employés de situation analogue; les employés de commerce et apprentis, aides et apprentis-pharmaciens, personnel des théâtres et des orchestres, instituteurs, équipages des bâtiments de mer et de la navigation intérieure.

Peuvent être assurées facultativement: les personnes dont le salaire annuel ne dépasse pas 12000 frs. (limite fixée par le décret du 28 octobre 1920) telles que: les membres de la famille de l'employeur, les petits patrons n'ayant pas plus de 2 ouvriers et les personnes occupées dans des entreprises au service de l'Etat ou des communes.

Les statuts de la caisse de malades peuvent faire dépendre le droit de l'affiliation volontaire de l'assentiment de l'office supérieur compétent. Les assurés facultatifs peuvent également être soumis à un examen médical et ne doivent pas dépasser une certaine limite d'âge.

Cotisations:

Pour couvir les prestations légales obligatoires on a fixé des cotisations qui sont calculées d'après un salaire de base moyen, salaire qui, d'après le décret du 28 octobre 1920 est de 16 et 20 frs. Elles ne peuvent atteindre plus de 4 à 5% du salaire. Elles sont versées mensuellement: 1/3 par l'employeur, 2/3 par l'assuré dans l'assurance obligatoire, en totalité par l'assuré dans l'assurance facultative Pour les 2/3 payables par l'assuré l'employeur le retient à ses employés et ouvriers. Le versement des cotisations ouvrières ne s'effectue que dans ces conditions.

Prestations:

Les droits des assurés comportent:

1) le droit de l'indemnité de maladie en espèces;

2) les soins médicaux.

Indemnité à l'assuré.

Il y a 2 catégories d'indemnités:

a) l'indemnité dite régulière;

b) l'indemnité dite de prestation supplémentaire.

L'indemnité régulière égale à la moitié du salaire est accordée pour une durée de 26 semaines à tous les assurés dès le lendemain de leur inscription à l'assurance-maladie.

«L'indemnité supplémentaire est égale à 55% du salaire pour une durée de 26 semaines et de 27 1/2 % du salaire de base pour une nouvelle période de 26 semaines; c'est-à-dire que dans ce cas l'assurance-maladie s'étend sur une durée d'une année.

Ont droit à cette indemnité supplémentaire les assurés inscrits à la caisse depuis plus de 6 mois; encore convient-il de dire que cette disposition ne s'applique pas aux assurés qui, au cours des derniers 12 mois, ont déjà pu profiter de l'assurance. Si, au cours de la maladie, l'assuré a pu continuer son travail, les soins médicaux seuls lui sont accordés.

Dans ce cas, la période du paiement de l'indemnité peut être étendue sur plus d'une année. Cette période de prolongation, pendant laquelle l'assuré n'a pas touché l'indemnité de maladie — tout en bénéficiant des soins médicaux — est de 13 semaines au maximum. Dans ce cas l'assuré peut bénéficier de l'assurance-maladie pendant 1 an et 13 semaines»[1].

Allocation de famille.

En cas d'hospitalisation d'un assuré, les membres de sa famille qui étaient entièrement ou partiellement à sa charge, reçoivent un secours s'élevant à la moitié de l'indemnité de maladie (allocation de famille). Les statuts peuvent élever ce secours jusqu'au montant total de l'indemnité de maladie. Si le malade est célibataire, 75 % de son indemnité servent à couvrir les frais d'hospitalisation.

Secours d'accouchement.

Ce secours qui est dû à toutes les femmes en couches qui, pendant l'année précédant leur accouchement, étaient assurées durant 6 mois au moins, consiste en

1) une indemnité pécuniaire, égale à l'indemnité accordée en cas de maladie, pendant 8 semaines dont 2 avant et 6 après l'accouchement.
2) une indemnité d'allaitement de 1 fr. par jour pendant 12 semaines (pourvu que la mère donne le sein à l'enfant),
3) une allocation de 30 frs. pour dépenses d'accouchement,
4) une telle de 20 frs. pour frais de sage-femme.

Tous ces secours sont «réguliers», c'est-à-dire: rendus obligatoires par le décret du 28 octobre 1920.

Soins médicaux à l'assuré.

Ici encore nous distinguons une prestation régulière et une prestation supplémentaire.

---

[1] «Le médecin syndicaliste», Septembre 1921, page 488.

Les soins réguliers sont dus pendant 26 semaines aux membres qui n'appartiennent à la caisse que depuis 6 mois.

Les soins médicaux supplémentaires peuvent être accordés pour une année et 13 semaines si l'assuré est inscrit à la caisse depuis une année.

Il y a cependant une restriction à faire. C'est que la durée des soins se limite à 13 semaines dans tous les cas où, depuis moins de 26 semaines, l'assuré a déjà bénéficié de l'assurance pour la même maladie.

Notre but n'est pas, dans cet aperçu rapide, d'énumérer toutes les nombreuses formes du traitement et de l'assistance médicale, tous les soins de spécialiste, toutes les prestations consistant en fourniture de médicaments, lunettes, bandages herniaires, appareils orthopédiques, bains, cures radiologiques, héliothérapiques etc. Tout cela fera l'objet d'une discussion plus large dans le chapitre: «Avantages et inconvénients de l'assurance-maladie au point de vue médical».

Soins médicaux aux membres de la famille de l'assuré.

Les statuts des caisses de malades peuvent prévoir des soins médicaux aux membres de la famille de l'assuré qui eux-mêmes ne sont pas assurés; c'est ainsi que, par exemple, la caisse locale générale de Strasbourg-Ville accorde dans tous les cas ce secours supplémentaire.

La notion de «famille» s'étend sur les conjoints et les enfants n'ayant pas dépassé l'âge de 15 ans.

Hospitalisation.

La caisse peut, en remplaçant les soins médicaux à domicile et l'indemnité de maladie, hospitaliser le malade dans un établissement sanitaire. Autant que possible le malade pourra choisir entre les établissements disponibles et appropriés et qui ont passé un contrat avec la caisse d'assurance à laquelle appartient l'assuré.

Remarquons dès maintenant que cette hospitalisation peut être obligatoire pour l'assuré, notamment si celui-ci est célibataire, et dans quelques autres cas sur lesquels nous reviendrons plus tard.

Soins par infirmières à domicile.

La caisse peut également, avec l'assentiment du malade, lui accorder secours et soins par des infirmières, des sœurs de charité, baigneurs, sage-femmes, gardes-malade, masseurs etc.

Indemnités funéraires.

En cas de décès d'un assuré il est alloué une allocation globale pour frais funéraires égale à 20 fois au moins le salaire de base. Les statuts de la caisse peuvent également prévoir des indemnités funéraires en cas de décès d'un membre de la famille de l'assuré.

Institutions.

L'assurance-maladie a pour organes principaux les caisses d'assurances. Celles-ci se présentent ordinairement sous la forme de «caisses locales de malades»; elles sont au nombre de 27 en Alsace et en Lorraine. Tandis que les caisses locales groupent les assurés d'un même endroit, il y en a d'autres qui comprennent les assurés d'une même profession : «caisses de corporations de métiers», ou d'une même industrie : «caisses d'industrie», «caisses minières». Elles peuvent se réunir en unions telles que, par exemple, l'«Union des caisses locales de malades d'Alsace et de Lorraine» ou l'«Association lorraine des caisses de maladies des entreprises minières et industrielles».

Ces caisses sont gérées par un comité-directeur qui est lui-même sous le contrôle d'une assemblée de délégués. Comité-directeur et délégation sont constitués pour un tiers par des employeurs, pour les deux autres tiers par des assurés.

CHAPITRE II.

La loi et le médecin.

Dans tout le chapitre précédent qui traite le côté législatif et administratif de la matière, la personne du médecin et ses fonctions ont à peine été mentionnées. Cela pourrait paraître étrange. Il aurait été équitable, en effet, de consulter, lors de la fixation des principes de la loi et de son élaboration, des personnes appartenant à la profession médicale, et cela avec d'autant plus de raison qu'elles auraient eu quelque expérience en matière de caisses de malades, étant donné que celles-ci existaient déjà dans différents endroits comme institutions privées, et notamment en Alsace et en Lorraine où on les trouve déjà bien avant 1870.[1] Ceci n'a pas été fait et cette ommission a eu des conséquences déplorables jusqu'à nos jours, où le conflit entre les médecins et les caisses de malades dans la vallée de Masevaux en est un exemple.[2]

En parcourant les articles du Code d'Assurances sociales nous voyons combien de devoirs incombent au médecin dans l'application de la loi et nous constatons que toutes les prestations accordées aux assurés par les caisses se basent sur la collaboration du médecin. Bien rares sont par contre les articles qui font mention des droits du médecin. Les voici :

---

[1] voir: Dr. Giss: «Les origines des assurances sociales en Alsace et en Lorraine.»

[2] voir: «L'Echo de Mulhouse» du 26 août 1922 et le «Républicain du Haut-Rhin» du 8 sept. 1922. — voir également la lettre de Mr le docteur Kleinknecht dans «Le médecin syndicaliste» 1922, No 9, p. 391.

Article 122.

Le traitement médical au sens de la présente loi est assuré par des médecins agréés. Il ne comprend les services d'autres personnes, telles que baigneurs accoucheuses. aides-médecins, infirmiers, gardes-malade, masseurs etc. . . . que dans les cas où le médecin l'ordonne ou lorsque, en cas d'urgence aucun médecin agréé ne se trouve sous la main.

Article 291.

(Concerne le cas de dissolution d'une caisse et sa fusion avec une autre)

La caisse entrante informera sans délai les médecins avec lesquels elle a des arrangements de la décision de l'office supérieur. Lesdits médecins peuvent, dans les 14 jours, offrir leurs services à la caisse prenante aux conditions qui les liaient à la caisse entrante et aux conditions réglant les rapports de la caisse prenante avec ses médecins. La caisse prenante devra indemniser le médecin si elle n'accepte pas immédiatement la proposition faite.

Article 368.

Les rapports entre les caisses-maladie et les médecins sont réglés par contrat écrit.

Article 430.

Il n'est pas nécessaire de confier à un hôpital un malade incapable de travailler si, de l'avis du médecin, cette mesure n'aurait pas pour effet de favoriser la guérison.

Article 435.

(L'office supérieur) doit renonçer au traitement dans un hôpital lorsque, de l'avis du médecin, celui-ci ne semble pas nécessaire.

Article 529.

Le comité-directeur de la caisse peut fixer les amendes . . . pour toute infraction commise par un assuré qui contrevient aux . . . prescriptions du médecin traitant.

Article 1686.

L'office supérieur choisit, dans son district pour un terme de 4 ans, à la fin de chaque 4ème année, et en principe après avoir pris l'avis de la représentation des médecins compétents, les médecins qu'il s'adjoint suivant les besoins comme experts. Il doit être permis aux experts de prendre connaissance du dossier avant de déposer leur rapport,

Mais il y a un article avant tout qui mérite spécialement de retenir notre attention. C'est

l'Article 369.

La caisse laissera à ses affiliés le choix entre deux médecins au moins, pour autant qu'il n'en résulte pas pour elle une charge beaucoup plus considérable. Si l'assuré accepte de payer lui-même les frais supplémentaires, il a le choix entre tous les médecins agréés par la caisse.»

Le code laisse donc aux caisses le choix entre deux systèmes, celui du médecin attitré, nommé par contrat individuel ou bien celui du contrat collectif sur la base du libre choix.

De tout temps les caisses ont préféré le premier système tandis que la majorité des médecins se prononçaient pour le second. Et c'est cette divergence d'opinions qui a donné naissance aux conflits entre médecins et caisses de malades, conflits qui n'ont jamais cessé depuis l'introduction de la loi et cela au préjudice des malades.

Un troisième chapitre de ce travail aura pour objet d'éclairer les différentes phases de cette lutte acharnée.

Le libre choix, il est vrai, est adopté dans toute l'Alsace et la plus grande partie de la Lorraine depuis l'armistice et sa formule figure également en fait au projet de loi français des assurances sociales, mais le dernier conflit entre médecins et caisses dans la vallée de Masevaux nous a prouvé que cette question n'a pas encore actuellement reçue une solution définitive. Et en ce qui concerne le projet gouvernemental, on doit se rendre compte qu'un projet de loi est encore loin de voir le jour tant qu'il n'est qu'à l'état de projet.

Dans ces conditions il est entièrement dans le cadre de cette thèse de mettre encore une fois en lumière la formule du libre choix et de démontrer par quels sacrifices les médecins alsaciens et lorrains sont arrivés au but de leur désir pour que, là aussi, «le passé soit la lampe qui éclaire l'avenir».

CHAPITRE III.

Le libre choix sur la base du contrat collectif.

Que doit-on comprendre par «libre choix du médecin»?

Le libre choix du médecin est un système qui laisse à chaque membre d'une caisse le soin de choisir soi-même son médecin en cas de maladie. Il faut pourtant faire les trois distinctions suivantes:

1) **le libre choix absolu** — c'est-à dire, l'assuré, tombé malade peut, tout comme un malade privé, choisir le médecin qui possède sa confiance. Le traitement terminé, le médecin se fait payer ses soins par la caisse à laquelle appartient le malade.

Ce système, quoique idéal pour assurés et médecins au point de vue de la liberté, n'a jamais été demandé par ces derniers. Il n'est, en effet, pas possible d'étendre à la clientèle de la caisse le droit de la clientèle privée qui peut consulter à son gré et à ses frais le médecin qui lui plaît, — que ce soit une sommité de l'endroit ou de la région. Ce système favoriserait la simulation et aboutirait à la ruine des caisses.

2) **le libre choix limité.** Dans ce cas la caisse passe des contrats avec un certain nombre de médecins qui s'engagent à soigner les membres de la caisse. L'assuré a le choix entre ces médecins.

3) **le libre choix organisé.** L'assuré malade peut se faire soigner par tous les médecins qui se seront déclarés prêts à traiter les membres des caisses à des conditions fixées, et tout médecin, à moins d'indignité, doit être admis sur sa demande.

Voilà le système que les médecins n'ont pas cessé de réclamer depuis l'introduction de l'assurance-maladie, mais qui,

pendant longtemps, ne sut se réaliser devant l'opposition catégorique que lui faisaient les caisses depuis plus de 25 ans.

Les raisons de cette opposition étaient

1° d'ordre financier,

2° une question de domination.

Les caisses prétendaient que le libre choix mènerait à leur ruine financière en favorisant la simulation. Les assurés consulteraient de préférence un médecin qui cèderait le plus à leurs désirs par ses prescriptions et le médecin le moins scrupuleux pour ses devoirs vis-à-vis de la caisse se garantirait la plus grande clientèle. Tout cela aurait pour conséquence d'augmenter considérablement les dépenses de la caisse.

En ce qui concerne la simulation, les médecins étaient toujours d'avis qu'elle serait favorisée par l'assurance-maladie. Mais, d'autre part il n'y a aucune raison d'admettre que le médecin-fonctionnaire soit plus sévère contre la simulation que le médecin libre. Puisque c'est le médecin comme tel qui souffre le plus de la simulation, c'est dans son intérêt d'abord de la combattre.

Quant à l'argument des médecins peu scrupuleux que les caisses invoquaient ensuite contre le libre choix organisé, il ne paraît pas plus fondé que les autres. De pareils cas se sont produits, il est vrai, mais il reste encore à prouver qu'ils soient plus fréquents dans le système du libre choix que dans les autres.

Rien ne saurait du reste mieux prouver le mal fondé des objections qui ont été faites au libre choix que les bilans financiers des caisses qui, depuis l'introduction en Alsace et en Lorraine de celui-ci, sauf de rares exceptions, sont plus favorables que jamais.

La question financière était donc un prétexte assez imaginé contre l'introduction du libre choix du médecin. La cause essentielle de l'opposition était toujours sans aucun doute la question de domination.

Tandis que, pour tout autre système, un contrat est passé entre la caisse et le médecin, le système du libre choix organisé se caractérise en premier lieu par le contrat collectif — et c'est ce contrat collectif qui offusquait les présidents des caisses qui voyaient s'échapper par lui la puissance et l'autorité considérable que le contrat individuel leur avait réservé. Il

faut avoir lu la presse médicale professionnelle de ces dernières années pour comprendre jusqu'à quel point était poussée la tyrannie des caisses envers «leurs» médecins. Non seulement elles décidaient souverainement de la nomination et de la démission de «leurs» médecins qui, souvent, avaient des raisons personnelles, politiques ou même confessionnelles, mais encore elles les faisaient entièrement dépendre de leurs caprices. On connait la fameuse prescription du président de la caisse locale de malades de Colmar-campagne, d'après laquelle le medecin devait se faire donner par l'assuré un certificat attestant (!!) que la consultation avait eu lieu. Cette «querelle colmarienne» est du reste un exemple typique de la manière de procéder de la part des caisses vis-à-vis des médecins et en même temps un superbe témoignage de la solidarité, du sentiment professionnel et de la confraternité des médecins alsaciens et lorrains. Bien que le libre choix du médecin ait été pratiqué à Colmar depuis 1899, le président de la caisse a dénoncé en 1901 le contrat passé avec le syndicat des médecins pour faire soigner les membres de la caisse par des médecins qui se chargeraient de cette besogne moyennant une somme fixe. Mais l'assemblée générale des médecins de l'arrondissement de Colmar a pris à l'unanimité la décision que «le syndicat des médecins refuserait d'entrer en pourparlers avec la caisse locale des malades de Colmar-campagne aussi longtemps que le président de la caisse n'aurait pas démissioné». Et il ne se trouvait pas un seul confrère alsacien ou lorrain qui aurait saboté cette décision. Trois «immigrés» seulement ont accompli cette tâche peu noble. Inutile d'ajouter que le syndicat a évité tous rapports avec ces messieurs et qu'il a décidé de leur refuser la consultation avec un confrère et l'assistance même en cas de nécessité. Grâce à cette bonne intélligence, la querelle qui finissait par prendre un caractère fortement politique, s'est terminée par la démission du président de la caisse et, en conséquent, par la victoire absolue des médecins de l'arrondissement de Colmar.

Maintenant que ces jours du droit du plus fort sont heureusement passés, il vaut peut-être mieux être conciliant et faire reluire le bon soleil de l'humour sur le champ de bataille jadis ensanglanté. C'est dans ce but que je me permets d'ajouter quelques phrases intéressantes que j'emprunte aux «Straßburger ärztliche Mitteilungen»:

«12 Articles pour le médecin de caisse.

Article 1er.

Le médecin de caisse doit, dans toutes les circonstances de sa vie, dans l'exercice et en dehors de sa profession, avoir soin d'avoir une conduite irréprochable et modeste, toujours en concordance avec les règles de la bienséance; il doit contribuer de toutes ses forces au maintien et à la consolidation de la bonne réputation de la caisse et, en raison de sa situation subalterne, il doit faire preuve sans cesse du respect qui convient aux organes de la caisse.

Article 2.

Dans ses rapports avec la caisse, le médecin de caisse doit distinguer 2 catégories de personnes; les préposés et les égaux. Sont absolument à considérer comme préposés les membres du comité-directeur, le caissier de même que le garçon de recettes, si ce dernier est en service (à reconnaître après la casquette en drap bleu avec grande croix de fer blanc à la partie du front). Ils doivent être salués d'ordonnance en se découvrant. Sont à considérer comme égaux tous les autres membres de la caisse, de même que le garçon de recette en dehors de son service. Ces personnes doivent être saluées également, mais il suffit de les saluer à la manière des facteurs, c'est-à-dire en portant un ou plusieurs doigts de la main droite au bord du chapeau.

— — — —

Article 11.

Après 5 années de service irréprochable le médecin de caisse peut, sur sa demande, obtenir un congé de 3 semaines à condition qu'il trouve un remplaçant à ses frais dont il est naturellement responsable en tous points.»

Devant l'état de choses ainsi caricaturé on comprend facilement que nos médecins faisaient tous leurs efforts pour introduire le libre choix et cela pas seulement pour les raisons susvisées qui sont d'ordre plutôt négatif, mais aussi pour toute une série de raisons d'ordre positif. En voici la précision en deux phrases:

Le libre choix du médecin est

1° une exigence du progrès social,

2° une question vitale pour la profession du médecin.

Avant 1883 il était tout naturel qu'il n'y ait, par exemple dans une usine, qu'un médecin qui y exerçait sa profession. L'idée essentielle du libre choix semble avoir été peu connue,

même en Alsace et Lorraine, le pays d'origine de la législation sociale[1] où l'on peut trouver les traces du libre choix dans des documents qui remontent à peu près à 50 ans. Cela ne changea pas de suite après l'introduction de la loi sur l'assurance-maladie qui devait pourtant augmenter les droits des membres de caisses en les plaçant sur le même pied que tout autre malade qui pouvait consulter le médecin de son choix. Il faut avouer que, malgré ces avantages assez compréhensibles, l'ouvrier restait froid et indifférent à cette question.

Nous en trouvons un peu l'explication dans le domaine de la politique[2]. La plupart des membres de caisses appartenaient jadis au parti «sociale-démocrate». Or, la «Sozialdemokratie» ne regardait pas d'un œil favorable l'état indépendant des médecins qui était la conséquence du libre choix, et c'est dans ces conditions et vu le régime sévère de ce parti, que l'ouvrier se faisait l'adversaire du libre choix.

Ajoutez encore une autre cause: A la campagne et dans les petites villes la question du médecin se règle facilement du fait qu'il n'y a qu'un médecin ou deux. Alors le libre choix reste une théorie qui ne vaut pas la peine d'être discutée.

Toutefois, les avantages du libre choix étaient tels qu'ils finissaient par acquérir la sympathie des membres de caisses et cette sympathie augmentait en raison directe de l'antipathie contre le système du médecin fonctionnaire.

Impossible de contester que le système du médecin-fonctionnaire ne pouvait suffire aux devoirs importants de la médecine sociale. Souvent on entendait des plaintes émanant de malades qui se croyaient considérés comme des clients de deuxième classe, et souvent des assurés s'adressaient dans des cas spéciaux aux «médecins libres» pour être sûrs d'avoir un traitement plus efficace ou d'être examinés avec plus de soin. La statistique du travail fourni en moyenne par le médecin-fonctionnaire (il vaut mieux ne pas la citer!) nous prouve que les plaintes étaient fondées. Ces chiffres ne parlent pas contre le médecin, mais uniquement contre le système. Mr. le Dr. Ott dit très justement dans un article intitulé «Considérations sur

---

[1] voir: Dr. Giss: «Les origines des Assurances sociales en Alsace et en Lorraine». Clermont 1922.

[2] voir: Gabriel: «Die kassenärztliche Frage». Leipzig 1912.

le libre choix du médecin dans les caisses maladie»[1], que le mode naturel des relations entre le médecin et le malade est le libre choix, qu'un médecin octroyé au malade par une instance intermédiaire ne peut avoir la confiance de celui-ci, confiance qui, dans beaucoup de cas, est un facteur important de guérison, que le libre choix garantit de meilleurs soins aux malades, le médecin nommé étant souvent surchargé de besogne et complètement incapable d'apporter l'attention nécessaire à chaque cas.

Outre ces motifs qui ont principalement en vue l'intérêt du malade, le corps médical tout entier avait une raison impérieuse à demander le libre choix. Voyons ce que dit encore l'article de Mr. le Dr. Ott:

«Les caisses, en nommant certains médecins à l'exclusion d'autres entravent ces derniers dans l'exercice de leur profession, droit qui leur est conféré et garanti par leur diplôme. Plus le nombre des assurés augmente, au point d'englober dans les grandes villes et certains centres industriels la plus grande partie de la population, plus la clientèle privée diminue. Les médecins évincés des caisses ne réussissant plus à gagner leur vie en arrivent fatalement à employer des moyens déloyaux ou à tomber dans le charlatanisme; il se forme ainsi un prolétariat médical au grand dommage non seulement du corps médical, mais aussi de toute la population.»

Après cet aperçu historique de l'importance et du développement du libre choix, il nous sera très agréable de constater que, depuis l'armistice, le libre choix est un fait accompli en Alsace. Malheureusement, en Lorraine, les caisses sont en partie encore sous la dépendance de gros propriétaires miniers et de gros industriels, et des contrats individuels en cours empêchent le contrat collectif. Là il existe encore des médecins salariés.

Mais, en règle générale, le libre choix a été admis sans discussion par les caisses. Pour la première fois, la caisse locale générale de Strasbourg-Ville a écrit dans son compte rendu de 1918/19:

«Pour le 1er Avril 1919 l'organisation des médecins provoqua la résiliation de tous les contrats des médecins de la caisse, et le comité-directeur de la caisse s'efforça d'élaborer pour cette date de nouveaux contrats. Au lieu d'être fixés sur l'ancien système des

---

[1] voir: «La vie sociale» 1920/21, N° 11, page 173.

contrats avec les médecins de la caisse, payés par un traitement fixe, les nouvelles conventions sont établies d'après le système du libre choix organisé du médecin en acceptant tous les médecins qui demandèrent l'admission en vertu des conditions stipulées dans le modèle de contrat convenu avec le Syndicat des médecins sans tenir compte de leur affiliation à une organisation de médecins.»

Il y a eu cependant, depuis le 1er Avril 1920 une modification en ce sens, qu'au lieu de contrats individuels un contrat collectif a été passé avec l'organisation des médecins, conformément à la convention établie entre temps entre l'Union des caisses locales de malades d'une part et la fédération des Syndicats médicaux d'Alsace d'autre part. Par ce contrat collectif l'organisation des médecins prend elle-même l'engagement et la responsabilité au sujet des soins médicaux à donner aux membres des caisses et à leurs familles.

Nous terminons le chapitre sur le libre choix par la reproduction du document marquant le début d'une nouvelle époque pour la profession médicale en Alsace.

Convention

passée entre l'Union des Caisses locales de Malades d'Alsace et de Lorraine (U. C. L.) et la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace (F. S. A.) au sujet des contrats à établir et du tarif des honoraires médicaux.

L'Union des Caisses locales de Malades d'Alsace et de Lorraine, d'une part, et la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace, d'autre part, sont convenues de ce qui suit touchant les contrats à établir entre les Caisses et les Syndicats médicaux affiliés aux deux parties contractantes. Les stipulations convenues sont obligatoires pour les deux parties. La convention dite «de Berlin» est considérée comme n'étant plus valable.

1.

Les contrats seront tous passés entre les Caisses locales de malades et les Syndicats médicaux intéressés. Ils seront fondés sur le principe du «libre choix organisé» et seront conformes au contrat-type établi par les parties contractantes de la présente convention. L'U. C. L accepte de prendre pour base d'entente le contrat-type établi par la F. S. A. avec l'ordre de service qui lui est annexé.

2.

En principe, les honoraires de chaque médecin seront payés par vacations. Mais les dépenses des Caisses pour le service médical seront limitées par la fixation d'une somme forfaitaire tant pour le travail médical proprement dit que pour les frais d'indemnité de déplacement. La limitation forfaitaire n'est cependant admise que pour les Caisses comptant plus de 250 membres.

Le forfait fixé pour les honoraires médicaux proprement dits comprendra les honoraires pour les médecins spécialistes et pour les interventions spéciales (c.-à-d. pour les actes médicaux autres que la visite et la consultation simples).

Chaque Caisse pourra convenir avec le syndicat médical cosignataire que le forfait annuel sera réparti entre les médecins au prorata des actes médicaux de chacun, soit d'après un système de «points», soit en application du tarif de la F. S. A., tous les prix de ce tarif subissant la même modification proportionnelle, si la somme des honoraires portés en compte n'égale pas le forfait convenu. Les circonstances locales et des considérations d'ordre pratique détermineront le choix du mode de répartition adopté, lequel mode devra être précisé lors de la conclusion de chaque contrat entre la Caisse et le Syndicat. Si les parties sont consentantes, la répartition pourra se faire aussi d'après un système de «bons».

La somme forfaitaire affectée au payement des indemnités kilométriques sera différente, suivant qu'il y aura prédominance du service médical urbain ou rural.

Le forfait comprendra, en outre, les honoraires pour les vacations des médecins résidant en dehors de la circonscription de la Caisse, en tant qu'ils seront engagés par contrat envers la Caisse. Dans tous les cas, par contre, où la Caisse est tenue d'assurer le traitement médical de ses membres, sans cependant avoir à sa disposition un médecin engagé par contrat, les honoraires médicaux seront payés d'après le tarif de la F. S. A.

3.

Le montant du forfait destiné à la rémunération du traitement médical proprement dit des assurés sera calculé au taux de 14 frs. par membre et par an.

4.

Le montant du forfait affecté aux indemnités kilométriques sera de 1 fr. par membre et par an pour les Caisses urbaines, et de 3 frs. par membre et par an pour les Caisses des districts ruraux.

La répartition des indemnités kilométriques se fera d'après les principes que chaque Syndicat intéressé déterminera pour son usage particulier.

5.

Les parties contractantes pourront convenir de ramener à un forfait unique correspondant les deux forfaits prévus aux articles 3 et 4. Dans ce cas le syndicat médical aura le droit de décider, quel pourcentage devra être affecté aux indemnités kilométriques.

6.

Pour les cas d'accouchement ou de fausse-couche nécessitant l'intervention du médecin, la Caisse payera, en dehors du forfait, les honoraires médicaux d'après le tarif de la F. S. A.

En outre ne seront pas compris dans le forfait:

1° les honoraires du médecin de Confiance, du médecin chef du contrôle et des médecins chargés des examens de contrôle médical:

2° les frais pour le traitement hospitalier des assurés;

3° les frais occasionnés par des examens de diagnostic ou par des procédés thérapeutiques nécessitant des manipulations délicates ou un appareillage compliqué et dispendieux; ils ne pourront d'ailleurs être effectués ou appliqués qu'avec l'assentiment préalable de la Caisse; (la liste en sera dressée par la Caisse et portée à la connaissance des médecins;)

4° les honoraires pour des soins médicaux donnés par des médecins qui n'y étaient obligés ou autorisés par aucun contrat.

7.

La Caisse paiera pour le traitement d'un malade membre d'une autre Caisse et dont le soin lui aurait été confié, les mêmes honoraires médicaux que s'il s'agissait d'un de ses propres membres; ces honoraires sont payables en-dehors du forfait.

8.

L'établissement des bulletins de maladie et autres certificats nécessités pour les besoins du service de la Caisse. ainsi que les renseignements etc. demandés par la Caisse au sujet des malades, ne seront pas rémunérés à part.

Les frais des certificats demandés et délivrés pour toutes autres fins seront à la charge de l'assuré.

9.

Dans l'intérêt social général, les deux parties s'efforceront de faciliter la réalisation de l'assurance-famille auprès des Caisses. En principe, la rémunération du travail médical dans l'assurance-famille devra être équivalente à celle accordée pour le traitement des membres eux-mêmes. Dans les cas où le manque de données statistiques ne permettrait pas de déterminer un forfait correspondant, il est entendu que chaque vacation (pour le traitement d'un membre

de la famille d'un assuré) sera payée le même prix que s'il s'était agi de l'assuré lui-même; et que, en outre, la moyenne générale des honoraires médicaux pour chaque cas de maladie (dans la famille des assurés) ne devra pas dépasser la moyenne générale correspondante obtenue pour les assurés malades.

10.

Les taux et montants fixés par la présente convention seront applicables à tous les nouveaux contrats à intervenir; ils ne concernent pas les contrats actuellement en vigueur. Les parties contractantes s'engagent cependant à user de leur autorité sur leurs membres respectifs pour faire adapter les contrats encore en vigueur aux conditions de la présente convention.

11.

Les taux d'honoraires stipulés dans les contrats seront applicables à tous les membres de la Caisse sans distinction. Aucune rémunération spéciale ne pourra être réclamée pour le traitement d'un accidenté du travail ni pour un traitement dit préventif, si la Caisse, de par ses statuts, est tenue de fournir l'assistance médicale gratuite à l'assuré.

12.

Les honoraires médicaux seront versés, à la fin de chaque trimestre, au Bureau de contrôle des comptes organisé par les Syndicats. Le montant en sera calculé sur le nombre de membres obtenu en additionnant les nombres relevés le 1er de chaque mois du trimestre en question et en divisant par trois la somme ainsi trouvée. Les notes d'honoraires des médecins seront adressées avant le 15 du 1er mois de chaque trimestre à ce Bureau qui est chargé de les contrôler en ce qui concerne le nombre des vacations, leur nécessité etc., et de répartir les honoraires en conséquence. Aucune réduction ne pourra être effectuée par le Bureau sur une note d'honoraires sans que le médecin intéressé n'ait été entendu. Les décisions du Bureau de contrôle touchant les réductions de notes d'honoraires ou l'application du Tarif sont sans appel.

Le paiement des honoraires aux médecins se fera par les soins du Bureau.

Lorsque le décompte final sera établi, le Bureau de contrôle communiquera à la Caisse le tableau de répartition des honoraires entre les médecins. Cette communication est faite à titre confidentiel.

Chaque Caisse, de son côté, remettra chaque année au Syndicat médical consignataire et à la Fédération des Syndicats médicaux un exemplaire de son compte-rendu annuel ou de son bilan.

Surveillance et contrôle du service médical.

13.

La surveillance du service médical de la Caisse sera commise à un médecin de confiance de la Caisse, engagé par elle — après entente avec le Syndicat médical — en vertu d'un contrat spécial, et à une commission de surveillance.

Le médecin de confiance est l'expert-conseil de la Caisse pour toutes les questions de service. Ses fonctions consistent notamment

1° à contrôler et reviser les ordonnances de médicaments, remèdes et fortifiants, au point de vue de leur prescription économique;

2° à vérifier la nécessité du traitement dans un hôpital ou un sanatorium, ou encore celle de soins à procurer à des malades à leur domicile;

3° à exercer le contrôle général sur l'ensemble des assurés portés incapables de travailler;

4° à délivrer à la Caisse des rapports sur toutes les questions qu'elle soumet à sa compétence.

En outre, il sert d'intermédiaire entre la Caisse et la Commission de surveillance. Devront être soumis à cette commission tous litiges, et toutes plaintes concernant la personne ou le service des médecins accrédités. La Commission donnera son avis motivé et, le cas échéant, prononcera une décision à leur sujet.

La Commission de surveillance se compose du médecin chef du contrôle, ou médecin contrôleur, nommé par la Caisse après entente avec le Syndicat médical, et engagé, le cas échéant, par contrat spécial, et de deux médecins désignés par le Syndicat.

Le médecin chef du contrôle peut être chargé des fonctions de médecin de confiance.

14.

Si le contrôle de l'activité médicale, exercé conformément à l'article précédent, devait relever des manquements graves d'un médecin de la Caisse, la Commission de surveillance disposera des sanctions suivantes:

a) explications et conseil;

b) blâme formulé par écrit;

c) si un blâme infligé à deux reprises est resté infructueux: amende jusqu'à concurrence de 500 frs. ou suspension temporaire du service auprès de la Caisse (pour une durée de 1 mois a un an).

Les sanctions prévues aux chiffres *b*) et *c*) ne seront prises qu'après que le médecin aura été entendu pour sa défense.

Après deux suspensions temporaires, restées infructueuses, la Commission de surveillance pourra proposer à la Commission d'arbitrage l'exclusion définitive du médecin fautif.

15.

Toute plainte de la Caisse ou d'un assuré concernant le service d'un médecin accrédité, sera soumise à la Commission de surveillance qui prononcera, le cas échéant, une des sanctions prévues à l'article 14 et notifiera sa décision au médecin intéressé.

Cette procédure n'infirme pas le droit que pourrait avoir la Caisse de résilier le contrat du médecin en vertu du § 626 du code civil (B.G.B.).

16.

Tant la Caisse que les médecins seront tenus de communiquer à la Commission de surveillance, sans retard et sans restrictions, tous renseignements et toutes pièces nécessaires à l'accomplissement de sa tâche.

17.

La Caisse prendra l'avis préalable de la Commission de surveillance au sujet de toute circulaire ou instruction qu'elle aurait l'intention d'adresser aux médecins accrédités et ayant trait à leur service.

Toute plainte portée par un médecin contre la Caisse sera adressée à la Commission de surveillance qui la transmettra au Comité directeur de la Caisse avec son avis motivé. Les plaintes portées par un médecin contre un assuré ne seront adressées à la Commission de surveillance que si l'administration de la Caisse ne remédie pas d'elle-même à l'état de choses incriminé.

18.

Les médecins et la Caisse pourront, dans un délai d'un mois, interjeter appel auprès de la Commission d'arbitrage contre toute décision de la Commission de surveillance.

Commission d'arbitrage.

19.

Une Commission d'arbitrage sera instituée pour le ressort de chaque Syndicat médical. Son rôle consistera à aplanir ou à juger les différends résultant des dispositions de la présente convention, notamment ceux qui pourraient surgir entre Caisses et Syndicats à l'occasion de négociations basées sur cette convention, ainsi que les conflits entre les Caisses et leurs médecins, touchant l'interprétation ou l'exécution des contrats locaux passés sous le bénéfice de cette convention. La compétence de la Commission d'arbitrage s'étendra

encore aux contrats passés avec des Caisses de nature différente (Caisses d'entreprises ou de corporations) pour autant que ces Caisses se rallieront à cette convention. Enfin, c'est à la Commission d'arbitrage que les parties pourront en appeler des décisions de la Commission de surveillance.

La Commission d'arbitrage se composera de 3 membres du Syndicat médical et de 3 membres délégués par les Caisses du même ressort (dont l'un représentant les Caisses d'Entreprises et de Corporations) — et d'autant de membres suppléants; tous nommés par leurs organisations respectives au début de chaque année

La présidence de la Commission sera confiée à un tiers-arbitre ayant qualité de juge et que les délégués des deux parties nommeront d'un commun accord. Si l'accord ne peut pas se faire sur le choix du président de la Commission, le président du Tribunal régional compétent sera prié de le désigner. En principe, le président sera nommé pour une durée correspondant à celle du mandat des délégués des deux parties.

Les frais qui pourraient être occasionnés seront à la charge de la partie déboutée.

Le médecin de confiance de la Caisse intéressée prend part aux séances de la Commission d'arbitrage à titre d'expert-conseil, mais n'a pas voix délibérative.

Les decisions de la Commission d'arbitrage sont définitives et exécutoires, en tant que l'article 22 ne prévoit pas le recours au Tribunal Central d'Arbitrage.

En matière de contestations d'ordre pécuniaire, les intéressés pourront recourir aux tribunaux ordinaires.

20.

La Commission d'arbitrage aura d'autre part pour mission de collaborer à la solution de toutes les questions concernant l'assistance médicale aux assurés dans son ensemble, ou intéressant la situation des médecins. Elle demandera dans tous ces cas l'avis préalable de la Commission de surveillance et s'efforcera de maintenir la bonne entente en recherchant des solutions pratiques tenant compte de tous les intérêts en jeu.

Elle devra notamment dans cette sphère:

a) s'occuper du renouvellement des contrats passés avec les médecins;

b) mettre en discussion les inconvenients résultant des contrats en vigueur;

c) donner son avis motivé concernant l'admission de nouveaux médecins ou les modifications de la délimitation des ressorts médicaux;

d) élaborer un règlement de service pour les médecins accrédités et un manuel de prescription économique à leur usage;

e) discuter toutes propositions visant la simplification ou l'amélioration du fonctionnement des Caisses, en tant que ces propositions concernent le service médical;

f) donner son avis motivé sur les mesures à prendre en vue du contrôle des malades;

g) examiner la nécessité qu'il pourrait y avoir d'engager des infirmiers, d'organiser des premiers soins, etc.

Tribunal Central d'Arbitrage.

21.

Les litiges de principe découlant de la présente convention seront jugés en dernier ressort par un Tribunal Central d'Arbitrage constitué dans ce but, d'accord avec l'Office général des Assurances sociales d'Alsace et de Lorraine, et dont le président sera un juge, désigné à cet effet par le Président du Tribunal supérieur.

Le Tribunal Central d'Arbitrage se composera en outre; de 3 représentants des médecins (dont deux désignés par la F.S.A. et un par la Féd. des Synd. médicaux de la Moselle si cette Fédération se rallie à la présente convention) et de 3 représentants des Caisses (dont deux désignés par l'U.C.L. et le troisième, le cas échéant, par le Syndicat des Caisses de malades d'Entreprise et de Corpor.) et d'autant de membres suppléants.

Tous ces membres seront nommés pour un an au commencement de chaque année. Les frais occasionnés par eux seront à la charge de l'organisation dont ils sont les mandataires.

Dans tous les litiges concernant la fixation des taux d'honoraires, le jugement arbitral sera prononcé par le président assisté de deux arbitres, ayant également qualité de juge, chacun d'eux étant nommé par l'une des parties intéressées.

22.

Sont notamment de la Compétence du Tribunal Central d'Arbitrage: toutes les affaires jugées en première instance par une commission d'arbitrage et dans lesquelles la décision intervenue aura dépendu de la seule voix du président de la Commission; d'une façon générale tous différends et toutes questions découlant des stipulations de la présente convention elle-même.

Toutes les décisions du Tribunal Central d'Arbitrage sont sans appel et engagent les deux parties.

Dans tous les cas où les stipulations ci-dessus énoncées permettent d'en appeler de la décision d'une Commission d'arbitrage au Tribunal Central d'Arbitrage, le délai d'appel sera de un mois.

Durée de la Convention.

23.

La présente Convention aura un effet rétroactif à dater du 1er janvier 1920 et sera valable jusqu'au 31 décembre 1924. Toutefois, les stipulations concernant le tarif des honoraires ne seront valables que pour les années 1920 et 1921. Des modifications pourront du reste y être apportées — d'un commun accord entre les parties — sur d'autres points, si le besoin s'en faisait sentir.

Le cas échéant, les deux parties pourront convenir de dispositions additionnelles à la présente convention ou de commentaires concernant son application.

24.

Pourront s'associer à la présente convention d'une part, la Fédération des Syndicats médicaux de la Moselle, d'autre part le Syndicat des Caisses de malades d'Entreprises et de Corporations du Bas- et du Haut-Rhin et des régions limitrophes.

Ne participeront aux avantages fixés par la présente convention que les Caisses ou les Syndicats médicaux rattachés à l'une des organisations signataires de la Convention et pour le temps qu'ils y seront rattachés. Les contrats locaux devront donc stipuler que le fait, pour une Caisse ou pour un Syndicat, de se retirer de l'organisation correspondante, donnerait à l'autre partie le droit de dénoncer le contrat à quatre semaines.

Supplément

à la convention

passé entre l'Union des Caisses locales de malades d'Alsace et de Lorraine (U.C.L.) et le Syndicat des Caisses-maladie d'entreprises et de corporations du Bas- et du Haut-Rhin et des régions limitrophes, d'une part, et la Fédération des Syndicats medicaux d'Alsace (F.S.A.) d'autre part, au sujet des contrats à établir et du tarif des honoraires médicaux.

Les prescriptions de la convention, telles qu'elles étaient en vigueur à partir du 1er janvier 1920, sont modifiées comme suit, conformément à l'artice 23 de la convention et après commun accord entre les parties en date du 15 mars 1922 et après sentence arbitrale préalable, conformément au § 21 de la convention par le tribunal d'arbitrage en date du 25 février 1922:

Article 3.

Le montant du forfait destiné à la rémunération du traitement médical proprement dit des assurés sera calculé au taux de 19 frs. par membre et par an.

(Nouvel alinéa.)

Pour les Caisses ayant moins de 250 membres et ne payant pas de taux forfaitaire, il a été fixé le tarif d'honoraires suivant:

I. Médecins praticiens: La consultation 4 frs.; la visite au domicile du malade 7 frs.

II. Spécialistes: La première visite ou consultation 12 frs.; les suivantes 10 frs.

Les soins extraordinaires seront payés d'après l'ancien tarif de la F.S.A. avec une majoration de 35 %. Cette majoration ne portera pas sur quelques positions de l'ancien tarif; celles-ci seraient encore à désigner. Les soins en cas d'accouchement seront payés d'après le nouveau tarif de la F.S.A. du 26 mars 1922.

L'Article 4

est modifié de la façon suivante:

Un décompte central aura lieu pour les indemnités kilométriques, de façon que les Caisses des districts des Offices d'assurances de Strasbourg-Ville, Colmar-Ville et Mulhouse-Ville paient aux bureaux de décompte central un taux forfaitaire de 2,50 frs., les autres Caisses 5 frs. par assuré et par an, y compris les traitements des membres de la famille. Le même taux sera payé par les Caisses ayant moins de 250 membres et ne payant pas de somme forfaitaire pour le traitement.

La répartition de la somme forfaitaire se fera par kilomètre de distance, à condition que l'indemnité ne soit portée en compte qu'une seul fois par jour pour toutes les visites de malades de Caisses du même endroit.

Le décompte central doit provoquer une compensation en faveur d'un taux uniforme de l'indemnisation kilométrique dans les différents districts des syndicats médicaux. Sont considérés comme bureau de décompte central le Bureau central des Syndicats médicaux du Bas-Rhin pour les syndicats médicaux du Bas-Rhin, le Bureau central de Mulhouse pour les syndicats médicaux de Mulhouse et des arrondissements d'Altkirch et de Thann, le Bureau central de Colmar pour les syndicats médicaux des arrondissements de Colmar, Guebwiller et Ribeauvillé. Ces différents bureaux s'efforceront d'obtenir, dans la mésure du possible, une unification du taux de l'indemnité kilométrique dans tout le ressort de la Fédération.

L'article 5

est supprimé et par conséquent aussi l'alinéa 3 du § 18 du contrat-type de la Convention.

A l'Article 9

dernière phrase, la disposition suivante est à biffer:

«et que, en outre, la moyenne générale des honoraires médicaux pour chaque cas de maladie (dans la famille des assurés) ne devra pas dépasser la moyenne générale correspondante obtenue pour les assurés malades.»

Comme alinéa 2, il y a à ajouter:

Pour le taux forfaitaire nouvellement à établir à partir du 1er janvier 1922 pour le traitement de la famille, la proportion moyenne entre le traitement de la famille et celui des membres pendant les deux premières années depuis l'entrée en vigueur de la convention, devra, en principe, servir de base.

Article 12.

La première phrase recevra la rédaction suivante:

Les honoraires médicaux seront versés, à la fin de chaque trimestre, au Bureau de contrôle des comptes organisé par les Syndicats. Le montant en sera calculé sur le nombre de membres obtenu en additionnant les nombres relevés le 1er de chaque mois du trimestre en question et en divisant par trois la somme ainsi trouvée.

Pour les mois dans lesquels par suite de grèves, de lock-out, etc., le nombre des assurés d'une Caisse aurait subi des variations importantes, le nombre relevé au 1er du mois sera remplacé dans le calcul précédent par la moyenne des nombres quotidiens d'assurés au cours du mois; toutefois les anciens assurés ayant droit au traitement médical pendant les trois premières semaines qui suivront leur sortie de la Caisse, seront comptés également dans ces nombres quotidiens pendant cette période de trois semaines.

Le § 12 recevra, en outre, le complément suivant, respectivement l'alinéa final suivant, comme alinéa 5:

Pour la répartition de la somme forfaitaire, les différents syndicats médicaux établiront des bases précises, suivant leur avis d'après lesquelles des sommes dépassant une certaine moyenne ou un certain maximum d'honoraires seront à décompter, entièrement ou partiellement, au profit du coëfficient des médecins restant au-dessous de ces honoraires.

L'Article 14

est modifié de la façon suivante:

Al. 1. Si le contrôle de l'activité médicale, exercé conformément à l'article précédent, devait relever des manquements graves d'un médecin de la Caisse, la Commission de surveillance disposera des sanctions suivantes:

a) blâme formulé par écrit;

b) si un blâme infligé est resté infructueux: amende jusqu'à concurrence de 500 frs. ou suspension temporaire du service auprès de la Caisse pour une durée de 1 mois à un an.

Al. 2. Dans des cas de manquements particulièrement graves, de la part d'un médecin, la commission pourra prononcer d'emblée les sanctions les plus graves prévues sous le chiffre *b*).

Aucune sanction ne pourra être prise contre un médecin, sans que celui-ci ait été entendu au préalable pour sa défense.

L'alinéa 3 actuel deviendrait l'alinéa 4.

L'Article 23

recevra le supplément suivant comme alinéa 3:

Les nouvelles conventions au sujet des honoraires prévus à l'article 3 et 4 de la convention sont valables pour la durée ultérieure de la convention, c'est-à-dire jusqu'à la date du 31 décembre 1924.

Strasbourg, le 15 mars 1922.

Pour l'Union des Caisses locales de malades d'Alsace et de Lorraine
signé: Ch. Weil.

Pour le Syndicat des Caisses-maladie d'entreprises et de corporations du Bas- et du Haut-Rhin et des régions limitrophes
signé: Ed. Brauer.

Pour la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace
signé: Dr. Schott.

CHAPITRE IV.

Le mécanisme de l'assurance-maladie.

«Il y a, dans le mécanisme d'application de l'assurance-maladie en Alsace, 4 intéressés principaux : la caisse d'assurance, le médecin, le malade et le patron. Chacun de ces 4 intéressés doit conserver contact avec l'autre, les gestes des uns et des autres coopérant au même but.»[1]

Nous serons aussi bref que possible dans la description de tout ce qui concerne l'employeur et la caisse, pour entrer un peu plus dans les détails en ce qui concerne les rapports entre médecin et malades.

La déclaration du patron.

Le patron est tenu de déclarer par écrit toutes les personnes occupées par lui et qui sont assujetties à l'assurance-maladie. — Les personnes ayant droit à l'assurance-facultative doivent demander leur admission par le formulaire reproduit en annexe. Elle dépend de l'avis du médecin de confiance.

L'assuré et la caisse.

La caisse tient pour chacun des assurés une fiche qui contient tous les renseignements utiles sur lui et sa famille, ses conditions de travail et autres, ses maladies, toutes les prestations que la caisse lui a accordées, les observations du médecin, les amendes, l'indemnité funéraire etc.

---

[1] «Le médecin syndicaliste, Septembre 1921, p. 491.

En cas de maladie et avant de s'adresser à un médecin, l'assuré fera établir un bulletin de traitement blanc pour l'assuré, rouge pour les membres de sa famille (voir annexe). La liste des médecins de la caisse, au nom desquels il peut faire établir le bulletin, se trouve aux guichets de la caisse. Nous avons suffisamment insisté sur le fait important que le malade a le libre choix entre tous les médecins syndiqués qui se sont déclarés prêts à soigner les assurés malades aux conditions fixées par le contrat collectif. C'est ainsi que, fin 1921, l'Union des caisses avait à sa disposition ent tout 75 médecins dans l'intérieur de la ville de Strasbourg, dont 35 spécialistes (4 pour les yeux, 8 pour les oreilles, 9 pour les maladies de femme, 10 pour les maladies de la peau, 4 pour les maladies nerveuses), en outre 23 médecins dans la banlieue immédiate (y compris Schiltigheim, Bischheim et Hoehnheim), 15 médecins dans l'arrondissement de Strasbourg-campagne, 85 médecins dans les autres arrondissements du Bas-Rhin, 99 médecins dans les arrondissements du Haut-Rhin.

L'assuré et le médecin.

Nous avons laissé notre malade au moment où on lui a délivré son bulletin de traitement, nous le retrouvons chez le médecin auprès duquel le bulletin de traitement lui sert de légitimation. Le bulletin reste alors entre les mains du médecin qui y porte le nombre des visites, consultations, interventions spéciales ainsi que le diagnostic et, à la fin du trimestre, l'envoie directement au bureau des comptes du Syndicat. S'il y a incapacité de travail, le médecin marque le diagnostic sur une «déclaration de maladie» qu'il adresse à la caisse (annexe). En outre il indique dans la rubrique «observations spéciales» les heures de sortie accordées au malade en traitement, la défense de fumer ou de consommer des boissons alcooliques etc., indications importantes pour le contrôle administratif de la caisse dont nous parlerons encore.

Pendant toute la durée de l'incapacité de travail, le médecin établit tous les 8 jours un «bulletin hebdomadaire de maladie» sur la présentation duquel le malade peut toucher son indemnité (annexe).

Quant aux feuilles d'ordonnance que nous reproduisons dans l'annexe, elles sont différentes suivant qu'il s'agit de médica-

ments, d'appareils ou bandages, de lunettes, de bains etc., distinctes aussi, comme partout, par la couleur: blanches pour l'assuré lui-même, roses pour les membres de famille.

Si le médecin juge utile de faire traiter le malade à l'hôpital ou de l'y faire observer, il remplit le formulaire reproduit dans l'annexe qui, après avoir été visé par la caisse, donne à son porteur le droit d'être admis immédiatement dans un des hospices ayant un contrat avec la caisse. Ce sont pour Strasbourg-ville: l'hôpital civil de Strasbourg, la maison de santé Ste Odile au Neudorf, la maison de santé israélite, la clinique des assurances sociales et la maison de santé des Diaconesses à Strasbourg. La caisse est informée de l'admission par un formulaire semblable.

N'oublions pas de bien noter dès maintenant que cet envoi à l'hôpital est indépendant de l'assentiment de l'assuré dans les cas suivants:

«Lorsque 1) le genre de la maladie exige un traitement ou des soins qui ne peuvent être donnés dans la famille de l'assuré.

2) la maladie est contagieuse.

3) le malade a contrevenu à plusieurs reprises au règlement pour les malades ou aux prescriptions du médecin traitant.

4) son état ou son attitude nécessitent une observation continue.

Si un assuré refuse de se soumettre à l'envoi justifié dans un hôpital, il perd tous les droits envers la Caisse aussi longtemps qu'il maintiendra son refus.»

Mentionnons enfin deux derniers formulaires qui sont pour le médecin plutôt une décharge qu'un travail supplémentaire. Ce sont la «Demande d'un examen par la commission de contrôle médicale de la caisse» et la «Demande d'examen spécial» (annexe).

Le premier est adressé à titre confidentiel à la commission de contrôle médical (sur laquelle nous reviendrons plutard) si le médecin a des doutes sur la réalité de la maladie, en d'autres mots: s'il croit avoir affaire à un simulateur ou un malade soupçonné d'exagération. Souvent il suffit de la convocation devant la commission de contrôle pour que le «malade imaginaire» reprenne spontanément son travail.

Voici des chiffres qui démontrent les résultats heureux de

ce contrôle médical, heureux, tant au point de vue médical professionnel qu'au point de vue financier de la caisse. [1]

	1921	%	1920	%
Cités à l'examen	10 634	—	9 795	—
Non présentés à l'examen . . .	5 037	47,37	5 030	51,35
Déclarés aptes au travail . . .	3 756	74,56	3 202	63,65
Examens effectués	5 597	52,63	4 765	48,64
Reconnus aptes au travail . . .	2 250	40,20	1 554	32,62
Reconnus inaptes au travail . .	3 347	59,80	3 211	67,38
Aptes au travail au total . . .	6 006	56,48	4 756	48,55

Des calculs approximatifs ont permis d'évaluer à 200000 frs. environ la somme épargnée par la caisse, déduction faite des frais du contrôle médical. Cette somme représente à peu près 6% du montant total des indemnités de maladie payées aux assurés pendant la période correspondante.

Enfin, la «demande d'examen spécial» est faite, si le médecin en a besoin pour confirmer son diagnostic, qu'il s'agisse d'un examen radiologique, bactériologique, d'un Wassermann etc. Elle est adressée à la Caisse qui la transmet au médecin de confiance. Celui-ci juge, si l'examen doit avoir lieu. Le résultat est alors communiqué au médecin traitant.

Il se comprend de soi-même que, pour garantir le bon fonctionnement de cette grande machine qu'est l'assurance-maladie, il faut un service de Contrôle. Et puisque l'assurance-maladie se présente sous un aspect à la fois administratif et médical, il faudra un contrôle administratif et un contrôle médical.

Le contrôle administratif.

Il est assuré par des employés de la caisse qui visitent les malades à domicile-même. Dans le cas où ils ne trouveraient pas le malade chez lui en dehors des heures de sortie qui lui sont accordées par le médecin, ou s'ils le trouvent à une occupation défendue par sa prescription médicale ou contrevenant au règlement des malades, ils le signalent à la caisse comme étant passible d'une amende.

Un contrôle semblable fonctionne également pour les femmes

[1] Compte rendu de la caisse locale générale de Strasbourg 1921.

en couches et les femmes allaitant, contrôle qui permet de prendre des mesures contre l'abus des primes d'allaitement.

Voici des chiffres tirés du compte rendu de la caisse de Strasbourg pour 1921 qui démontrent l'étendue et l'importance de ce contrôle administratif:

Visites de contrôle de malades	87 395
Visites de contrôle par les controleuses des femmes en couches	2 459
Signalements par les contrôleurs des contraventions au règlement des malades	1 090
Amendes de ces contraventions	878

La commission de contrôle médical.

Elle se compose du médecin-chef du contrôle de la caisse, nommé par la Caisse et approuvé par le Syndicat, et de deux médecins désignés par le Syndicat.

Son rôle est d'abord d'examiner tous les cas qui lui sont adressés de la part des médecins traitant et soupçonnés de simulation et d'exagération.

Puis, en principe, chaque malade qui est capable de sortir est cité tôt ou tard au bureau du médecin-chef qui décide, si le cas doit être soumis au jugement de la commission de contrôle. Toutefois, depuis le 1er Janvier de l'année-ci (1923), le médecin-chef du contrôle est tenu d'en avertir d'abord le médecin traitant et de lui demander son consentement.

Or, ce contrôle ne s'étend pas uniquement sur le malade, mais aussi sur le médecin. «Plus d'un médecin trop indulgent envers des malades peu scrupuleux est rappelé à son devoir et ne leur délivrera plus de bulletins de maladie. Dans certains cas l'attention du médecin traitant pourra être appelée sur des faits qui lui avaient échappés.»[1] La commission peut aussi, ce qui paraît encore plus dur, instituer un changement de traitement, par exemple envoyer le malade à l'hôpital. Mais ces mesures si rigoureuses d'apparence perdent ce caractère si l'on se rend compte qu'elles sont exercées par des confrères et que c'est le Syndicat lui-même qui, par eux, exerce son contrôle.

Enfin, outre ses pouvoirs de contrôle vis-à-vis des malades

---

[1] Rapport du Dr Muller dans le compte rendu de la Caisse locale de Strasbourg pour 1918 p. 85.

et à l'égard du médecin, la commission a un rôle de surveillance générale sur tout le service médical. D'après la convention que nous avons reproduite, devront être soumis à cette commission tous différends et toutes plaintes concernant la personne et le service des médecins accrédités. Si cette surveillance de l'activité médicale devait relever des manquements graves d'un médecin de la caisse, la commission dispose des sanctions indiquées dans l'article 14 de la convention susvisée.

Le médecin de confiance.

Il est nommé tout comme la commission de contrôle par la caisse après entente préalable avec le Syndicat des Médecins. Il est, aux termes de la convention, l'expert-conseil de la caisse. Ses fonctions résultent de l'article 13 de la convention.

Quant à la révision des ordonnances, nous y reviendrons sous un autre rapport.

Le contrôle des notes médicales.

Contrairement au mode de paiement usuel dans la clientèle privée, le travail médical dans les caisses est rémunéré par une somme forfaitaire.

La caisse paie pour le traitement médical de ses membres et les membres de leurs familles une somme forfaitaire qui représente les honoraires réunis de tous les médecins accrédités, membres d'un syndicat médical adhérant à la convention passée entre la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace et de l'Union des caisses locales.

Ce forfait est calculé au taux de 19 frs. par membre et par an pour la rémunération du travail médical proprement dit et de 2,50 frs. pour les indemnités kilométriques (campagne: 5 frs.). Le forfait pour le traitement des membres de la famille des assurés est de 4,50 frs. par personne et par an.

Le paiement du forfait est effectué par trimestre; la somme à payer est calculée sur le nombre moyen des membres de la caisse. Elle est versée avant le 15 du premier mois de chaque trimestre au Bureau des comptes du Syndicat. Celui-ci se charge de répartir cette somme et cela sur la base du système dit des points. D'après ce système, le travail du médecin est évalué en points au lieu de l'être en argent. On prend comme

unité la consultation qui est l'acte médical le plus simple. Suivent ensuite les autres actes selon leur importance. Ainsi :

la consultation vaut . . .	3	points
la visite	5	»
la consultation de nuit . .	6	»
la visite de nuit	10	»

J'ajoute que pour les cas d'accouchement et d'avortement et pour les interventions de la petite chirurgie la caisse paie, en dehors du forfait, les honoraires médicaux d'après le tarif de la F.S.A. En outre ne sont pas compris dans le forfait les frais occasionnés par des examens de diagnostic ou des procédés thérapeutiques nécessitant des manipulations délicates ou un appareillage compliqué et dispendieux.

La valeur réelle du point est alors obtenue en divisant la somme globale du forfait trimestriel versée par la caisse par le nombre des points de toutes les notes médicales trimestrielles additionnées. Il est facile de comprendre que le point est d'autant plus élevé que le nombre total des points est plus petit et inversement. C'est ainsi que, par exemple, pendant une épidémie de grippe où le nombre des malades et avec eux le nombre des points augmente considérablement, la valeur du point peut tomber à des chiffres dérisoires, tels que 40 à 50 centimes par consultation, 75 cts. par visite. — Ceci dit, revenons à notre sujet!

Nous avons dit dans un chapitre précédent que toutes les notes médicales, sur lesquelles se trouve indiquée l'évaluation des honoraires de même que le diagnostic de chaque cas sont centralisées au bureau des comptes.

Or, il est tout naturel que, pour éviter des erreurs, les additions doivent être vérifiées, ce qui est la tâche de comptables employés par le Bureau médical. Mais il y a un autre contrôle, de beaucoup plus important, et qui est exercé par des médecins. Voici par exemple une rougeole bénigne sans complication. Sur une première note elle est évaluée à deux visites, sur une autre à 5 visites. Ceci, évidemment, constitue une «erreur». Sont rayés 3 visites, à moins que la note en question ne comporte des «explications» justifiant des visites plus fréquentes, comme ce serait le cas pour une rougeole survenant dans un organisme déjà très affaibli par une maladie antérieure, et qui pourrait faire craindre des complications

bronchopneumoniques nécessitant ainsi une surveillance médicale plus sévère.

Pour pouvoir dire qu'une visite est abusive la Commission des comptes du Bas-Rhin a établi une liste des maladies les plus «courantes» en indiquant pour chacune le nombre de visites auxquelles elle donne généralement droit. Ainsi

une angine donne droit à 2 visites,
une rougeole » » » 2 »

Dans le traitement de la blénnorrhagie il sera payé 10 lavages.
» » » » » syphilis il sera payé :

traitement d'attaque	10 Novar	à 15 frs.
20 injections mercurielles ou bismuthées		à 5 frs.
traitement d'entretien	6 Novar	à 15 frs.
12 injections mercurielles ou bismuthées		à 5 frs.

Dans tout cela rien de rigoureux, rien qui sente la pédanterie ou le fonctionnarisme. D'abord, dans beaucoup de cas, le directeur du Bureau médical demande par écrit des explications. Enfin, s'il se présentait un cas extrême, il peut invoquer la juridiction de la Commission de surveillance.

Dans les faits, que se passe-t-il ? Ceci, «au bout d'un certain temps relativement court, le Syndicat connaît ceux des médecins qui ont tendance à l'exagération, de même que la caisse connaît ceux des assurés qui sont tentés de simuler souvent. Mais, comme il n'existe pas de cloison étanche entre le contrôle médical exercé par le moyen de la commission de contrôle et le contrôle des notes faites au Syndicat, il est extrêmement facile de connaître la psychologie de tel ou tel malade, comme de tel ou tel médecin. On connaît ainsi en quelque sorte le caractère et les habitudes de chacun aussi bien dans le milieu des assurés que dans le monde médical, et inutile d'ajouter que les simulateurs ou ceux qui ont tendance à abuser, sont plus strictement surveillés» [1].

Tels sont les éléments fondamentaux sur lesquels se basera maintenant un dernier chapitre qui doit établir d'un œil critique les avantages et les inconvénients de l'assurance-maladie, et cela au double point de vue des intérêts médicaux et professionnels.

---

[1] «Le médecin syndicaliste». septembre 1921, p. 512.

CHAPITRE V.

Avantages et inconvénients de l'assurance-maladie au point de vue médical et professionnel.

I. Le point de vue médical.

A. Médecine sociale ou médecine populaire?

En ce qui concerne le côté médical du problème, nous devons nous poser la question: Est-ce que la législation de prévoyance sociale et spécialement l'assurance-maladie telle qu'elle fonctionne en ce moment en Alsace et en Lorraine garantit aux assurés malades un traitement médical qui remplit toutes les exigences d'une médecine vraiment sociale?

Dans notre aperçu sur le mécanisme de l'assurance-maladie nous nous sommes efforcés de ne citer que des faits en écartant notre jugement personnel. Pourtant nous n'avons pu empêcher l'impression que cette manière d'exercer la médecine présente beaucoup d'incenvénients, surtout au point de vue moral, et qu'elle porte pour ainsi dire le caractère d'une «médecine pour pauvres». Cela s'exprime en première ligne par la forte restriction de la liberté individuelle.

Nous ne voulons pas faire allusion à l'obligation de l'individu de s'assurer. «Avant de sacrifier le bien d'une nation au principe d'une liberté mal comprise, il vaut mieux appliquer un remède, même s'il supprimait jusqu'à un certain point la liberté individuelle. Et, d'après l'expérience, l'assistance et les secours prêtés à un groupe social indigent ne peuvent être efficaces si elles n'ont pour point d'appui que la volonté libre de l'individu.» «L'obligation», dit Numa Droz dans ses «Essais

économiques» (Genève 1896) «se justifie, lorsqu'un intérêt supérieur l'exige».

Cet intérêt supérieur, dans le cas, c'est le progrès social. Progrès social, parceque l'assurance obligatoire recherche la répartition sur une communauté d'individus des pertes que le hasard cause à l'homme isolé. Et cela sous une forme respectant les droits de l'homme, reposant sur l'esprit de solidarité et de confraternité, non pas comme la charité qui en est une forme inférieure et dégradante.

Non, nous ne pouvons pas considérer l'obligation comme une restriction de la liberté individuelle. Le principe comme tel est parfait. Il n'y a que la réalisation de l'idée qui laisse à désirer.

Pour arriver sans détour au centre de la question, voilà l'impression de deux médecins venus de l'intérieur pour une enquête en matière d'assurance sociale et qui ont assisté à un examen de contrôle médical.[1]

«La salle d'examen de Contrôle ! Une grande salle, blanche, propre, avec les accessoires que comporte une salle de ce genre: des tables d'examen, lavabos, cuvettes, instruments. — — Le personnel infirmier va et vient — — des malades entrent pendant que d'autres se déshabillent et se préparent. Un simple paravent. Vous avez là une salle classique de consultation d'hôpital d'où toute intimité est bannie. Les médecins en sont sans doute un peu gênés, mais ils voient les choses en techniciens, se consultent, s'aident. Il ne semble pas que la «clientèle» des contrôlés s'émeuve de ce cadre ; elle est habituée à cette promiscuité. — —

Les «employées» venues de l'intérieur après l'armistice montrent seules quelque répugnance. Elles résistent aux examens gynécologiques pratiqués dans ces conditions.

L'aménagement des salles est évidemment défectueux, au double point de vue technique et social. Cette promiscuité qui ne semble pas choquer la masse des assurés est néanmoins le signe d'une médecine spéciale, de collectivité, d'hôpital, d'une médecine pour pauvres.»

Ce caractère, en effet, nous le retrouvons dans l'ensemble de l'assurance-maladie. Le malade vient voir le médecin. S'il

---

[1] «Le médecin syndicaliste.» Octobre 1921. p. 555.

est reconnu incapable au travail, il est obligé de se rendre à son domicile qu'il ne quittera qu'aux heures fixées par le médecin. Alors le contrôleur peut le visiter à tout moment, car, d'après les statuts de la caisse, la maison doit lui être ouverte.

Si le malade est célibataire, il se fera admettre à l'hôpital, si non, la Caisse, nous le savons, lui refuserait les prestations.

Si le médecin constate une diphtérie, dysenterie, scarlatine ou une autre maladie contagieuse, le malade est immédiatement adressé à l'hôpital. Et le seul droit qui lui est réservé est de choisir l'hôpital dans lequel il veut être admis.

Si le malade est suspect d'exagération, il est cité devant la commission de contrôle etc.: On pourrait ainsi multiplier les exemples. Nous en avons mentionné un certain nombre au cours de la partie descriptive de ce travail. Nous avons pu nous rendre compte que le reproche de la restriction par l'assurance maladie de la liberté individuelle est pourtant quelque peu fondé, en ce sens qu'elle «prend l'assuré dans un engrenage où il est ensuite balloté comme une chose à peu près inerte» entre le patron, la Caisse, le médecin et l'hôpital.

On nous dira que ce sont des choses inévitables, des conséquences pénibles, qui découlent nécessairement des conditions techniques et économiques dans lesquelles est ancrée cette organisation sociale et qui ne touchent en rien au but essentiel de l'assurance maladie: au traitement médical.

Nous devons répondre qu'un traitement médical n'est pas absolument parfait tant qu'il ne remplit pas certaines conditions morales et dont la plus importante est la confiance absolue et réciproque du malade et du médecin, et que nous avons l'impression que l'atmosphère dans laquelle s'exerce la médecine des caisses n'est pas absolument favorable au développement fort et sain des rapports confidentiels entre le médecin et son client. Le médecin n'est plus uniquement l'ami confident et le conseiller du malade. Il est le surveillant, le contrôleur, l'expert pour ainsi dire. Et ceci crée nécessairement des relations semblables à celles qui existent entre les supérieurs et leurs subordonnés. C'est là l'expression de cette méconnaissance du secret professionnel qu'on a, surtout dans les milieux médicaux de l'intérieur, incriminé comme aidant à créer cette atmosphère, — nous ne voulons pas dire de défiance, — mais de scepticisme.

Mais, existe-t-il réellement parmi les assurés une certaine défiance vis-à-vis de la manière dont ils obtiennent les soins médicaux? Nous sommes tentés de répondre que oui, quoique tous les médecins et un grand nombre d'assurés auxquels nous nous sommes adressés nous aient exprimé leur satisfaction absolue à ce sujet.

Nous devons nous demander alors: est-ce que l'état de choses ainsi que nous venons de le montrer suffirait à expliquer cette défiance? Théoriquement: oui! En réalité: non! Étant donné l'esprit essentiellement pratique de l'Alsacien et ses qualités prononcées de citoyen qui sait qu'il n'y a pas seulement des droits de l'individu à respecter, mais encore des droits et des lois de la société, lois auxquelles l'individu doit subordonner ses intérêts personnels si le bien du prochain le réclame.

Il y a, à mon avis, une seule explication suffisante, c'est que tous ces petits mécontentements, tous ces petits malaises sont un vestige de l'époque où il n'y avait pas encore le libre choix et où le médecin fonctionnaire ou le médecin d'usine, émanation patronale, était l'homme le plus répudié par les Syndicats ouvriers.

B. Les soins médicaux proprement dits.

Est-ce que l'assurance-maladie, telle qu'elle fonctionne en ce moment en Alsace et en Lorraine, garantit à ses malades un traitement médical suffisant et au niveau de la sience médicale moderne? Nous répondons que oui! Voici les preuves: D'abord et avant tout l'assurance-sociale encourage le malade à avoir recours aux soins médicaux gratuits dès la première heure, tandis que bien des malades «privés» hésiteraient à consulter le médecin à leurs frais. On connaît bien les têtes carrées de nos paysans alsaciens qui hésitent moins à payer cent francs au vétérinaire pour leur vache malade que d'appeler le médecin pour une pneumonie.

Il est, en effet, d'une importance capitale, que le malade puisse venir voir son médecin dès l'apparition des premiers symptomes. Il n'y a du point de vue médical rien de plus précieux qu'un diagnostic précoce. Mainte syphilis tertiaire avec ses accidents cutanés, avec ses complications nerveuses et viscérales a été évitée par le diagnostic fait à temps d'un chancre

nouvellement acquis, suivi d'un traitement approprié. Même réflexion par exemple pour les états dyspeptiques de l'estomac, pour une première poussée d'appendicite aigüe, pour les premières manifestations d'une lésion du myocarde pouvant conduir aux graves accidents de l'asystolie, et qu'un traitement rapide, énergique et approprié peut arrêter dès le début.

Nous disons: un traitement approprié tout en étant persuadé que c'est bien le cas pour le traitement accordé par l'assurance-maladie.

Nous savons déjà que le médecin de Caisse peut faire procéder, aux frais de la caisse, à tous les examens nécessaires de laboratoire, examens sérologiques, bactériologiques, biologiques et radiologiques que l'assurance-maladie met ainsi à sa portée tous les moyens nécessaires pour le diagnostic. Elle met aussi à sa disposition les moyens thérapeutiques les plus modernes: Roentgen- et Radiothérapie, traitement aux rayons bleus, balnéothérapie, mécanothérapie etc. Par les capitaux dont elle dispose elle donne au médecin la possibilité de prescrire un séjour dans un sanatorium, dans une maison de convalescence, une colonie de vacances, avantages énormes qu'un grand nombre de malades privés ne pourraient pas se procurer à leurs frais. Nous citons les grands sanatoria d'Aubure, de Saales, de Schirmeck, d'Albreschwiller, de Masevaux, de La Broque, de la Robertsau, les maisons de convalescence de Neuhof, du Hohwald, la colonie de vacances à Gensbourg etc., établissements avec installations des plus modernes qui jouissent d'une renommée pour ainsi dire mondiale et qui ont été visités comme établissements modèles par de nombreuses commissions médicales françaises de l'Intérieur, américaines, anglaises.

On admettra que cette médecine sur la base de l'assurance-obligatoire suffit entièrement aux exigences sociales de notre époque. Peut-être nous fera-t-on le reproche — et voici le point essentiel du problème des soins médicaux — de mettre la collectivité à la place de l'individualité. On nous dira: votre maison est magnifique — mais, repose-t-elle sur des fondations solides? On nous dira que les fondations de cette maison sociale sont constituées par les relations entre le médecin et chacun de ses malades et que la valeur de cette médecine sociale se mesure justement à ces petits soins médicaux journaliers pour lesquels le malade vient consulter le médecin.

Et voilà les deux reproches graves contre lesquels nous devons protéger la médecine des caisses:

1) le reproche, d'être une médecine hâtive et superficielle,
2) le reproche d'avoir, au préjudice des malades, des égards économiques en prescrivant les médicaments.

Pour fixer les idées voici ce qui est écrit dans un article de la «Presse médicale» du 1er février 1922:

«Les médecins les mieux partagés, ceux qu'on appelle localement les «lions de caisse», voient défiler journellement de 50 à 100 malades, et même d'avantage.

. . . Comment dépister dans un tel affairement — quelle que soit la bonne volonté — la lésion qui n'est pas encore devenue tapageuse? N'est-il pas évident que cette clientèle est exclue à priori du bienfait de ce diagnostic des troubles fonctionnels qui fait une acquisition si précieuse de la médecine, mais qui réclame du temps et de la sagacité? Voilà déjà une infériorité organisée, perilleuse, mais difficilement appréciable par les intéressés à laquelle, sous le couvert du progrès social, on expose les assurés.»

D'abord l'auteur de cet article en convient lui-même que seulement les «médecins les mieux partagés», les «lions de caisse» ont une clientèle tellement étendue qu'ils voient journellement de 50 à 100 cas dans leurs heures de consultation. La preuve que ces «lions de caisse» sont peu nombreux nous est fournie par les chiffres précis que le Docteur Muller, chef du contrôle de la caisse et chef du Bureau médical de Strasbourg nous indique dans le «Médecin syndicaliste»:

Pour l'année 1920, 112 médecins ont participé au service médical de la Caisse locale de Strasbourg-Ville. Voici les sommes qu'ils ont touchées au prorata de leur travail selon la convention passée avec la caisse:

24	médecins	ont	touché	moins	de	1 000	frs.
39	»	»	»	de	1 000 à	5 000	»
24	»	»	»	»	5 000 à	10 000	»
13	»	»	»	»	10 000 à	13 000	»
3	»	»	»	»	15 000 à	20 000	»
3	»	»	»	»	25 000 à	35 000	»
3	»	»	»	»	35 000 à	45 000	»

Si nous traduisons en pourcentage, nous avons:

audessous de	1000 frs.:	24 =	21,62 %
» »	5000 » :	63 =	56,75 %
» »	10000 » :	87 =	78,37 %
» »	15000 » :	100 =	90,04 %

D'après ces chiffres, le pourcentage des lions de caisse ne paraît donc pas énorme. Il faut en outre tenir compte de la mentalité tout à fait spéciale des personnes qui remplissent les salles d'attente du lion de caisse. Qu'on ne s'attende pas à des maladies graves qui nécessiteraient un examen approfondi! Au contraire, la plupart d'entre elles ont le plus grand intérêt à subir un examen «hâtif et superficiel», et cela tout simplement parce qu'elles ne sont pas malades et parce qu'elles voudraient se reposer encore 3 ou 4 jours ou parce qu'elles ont envie d'un bon vin médicamenteux ou d'une série de bains rafraichissants aux frais de la caisse. Voilà, en effet, la raison intime du surmenage de certains médecins de caisse. — Les exceptions ne font que confirmer la règle. En fin de compte les assurés ne sont pas seulement non désavantagés, mais tout au contraire largement choyés. Le seul désavantagé est le confrère qui a moins bon cœur pour sa clientèle.

Nous avons choisi le cas extrême du «lion de caisse» pour démontrer le malfondé du reproche fait à la médecine de caisse, d'être «hâtive et superficielle». Cette démonstration se justifie d'autant plus pour le médecin de caisse «ordinaire». Ici également la consommation est augmentée par l'introduction de l'assurance-maladie, mais c'est là une conséquence plutôt heureuse au point de vue médical comme au point de vue professionnel. — Combien l'exercice de cette médecine est-il pourtant différent de celui de la médecine privée! Nous avons nous-même eu l'occasion de nous en convaincre à plusieurs reprises, étant appelé à remplacer des confrères. Entre 50 malades il y avait au moins 10 qui venaient uniquement pour faire renouveler leur ordonnance. Car celle-ci n'est pas leur propriété comme c'est le cas pour la clientèle privée, mais la propriété de la caisse, à laquelle le pharmacien la rend à la fin du trimestre. Le médecin en a gardé la copie. Rien de plus facile que de la renouveler. La consultation a duré 3 minutes. Entre ces 50 malades il y en avait peut-être 25 qui venaient faire signer des certificats, déclarations de maladie, bulletins hébdo-

madaires etc. Car, nous l'avons déjà dit, l'assuré ne reçoit pas seulement les soins; il reçoit les certificats qui lui permettent de toucher les indemnités auxquelles il a droit et qui le font vivre. Le médecin est un rouage essentiel, même au point de vue administratif. Tout le mécanisme de l'assurance repose sur ses indications. Il découle de cela qu'il voit beaucoup de cas peu importants qu'il liquide avec autant plus de facilité et de rapidité qu'il travaille avec méthode, qu'il a de l'ordre, qu'il est — en un mot — «armé pour une production régulière et rapide».

Quant au reste des cas, ils étaient presque tous d'un diagnostic facile: des céphalées suite de constipation, des nevralgies, de nombreux états grippaux, incision d'un abcès etc., de sorte que, pour les cas plus compliqués, on avait le temps de procéder à un examen approfondi et consciencieux, de faire les recherches de laboratoire nécessaires etc., et de renvoyer le malade avec la certitude d'avoir reçu les soins les meilleurs que le médecin est capable de lui donner sans différence qu'il soit malade de caisse ou malade privé.

Voyons maintenant ce qu'il en est du second reproche: que le médecin de caisse se laisserait trop guider par des égards économiques dans les prescriptions médicamenteuses!

Disons d'abord que la manière de prescrire a en effet une importance capitale pour l'état de finances des caisses et il doit y avoir nécessairement des différences entre le client privé payant lui-même son pharmacien et les malades de caisses qui ont droit aux médicaments gratuits. Les frais pharmaceutiques constituent une forte dépense pour les caisses de malades, comme il résulte des chiffres indiqués par Mr. le Dr. Ott, médecin de confiance de la caisse de Strasbourg-Ville:

	1918	1919	
Nombre des prescriptions . .	93 744	103 388	
Dépense	195 015,91	240 875,13	frs.
Prix moyen d'une prescription	2,08	2,34	»
Dépense par assuré	4,46	5,44	»

Il est donc nécessaire absolument de se borner à prescrire le minimum possible et de la manière la plus économique en se rappelant que c'est là une mauvaise médecine que de remplacer un bon examen médical par une multitude de drogues.

Voici maintenant ce qu'on comprend par «prescriscription économique»:

La première règle consiste à ne prescrire un médicament que lorsqu'il est vraiment nécessaire et de remplacer le médicament plutôt par des prescriptions hygiéniques dans les nombreux cas où les malades viennent trouver le médecin pour des maladies insignifiantes, un simple mal de tête, un léger embarras gastrique etc.

La seconde règle est de prescrire les médicaments sous une forme aussi simple et économique que possible, de choisir par exemple entre deux médicaments de même valeur toujours le moins cher.

La troisième règle consiste à restreindre au minimum les manipulations pharmaceutiques, à éviter tous les mélanges inutiles et de faire participer le malade à la confection des médicaments en le faisant par exemple infuser une tisane ou dissoudre un sel lui-même. De cette manière on économise les indemnités de manipulation qui renchérissent inutilement l'ordonnance. Voici par exemple le prix actuel de quelquesunes des principales manipulations:

Pour mélanger plusieurs liquides entrant dans la composition d'un médicament, l'indemnité allouée est fixée à . . . . . 0,20 frs.

Pour préparer un médicament nécessitant:

Une infusion,

une décoction,

une extraction médicamenteuse par macération ou digestion — une saturation — une émulsion — une gelée — un mucilage de Salep;

L'indemnité allouée est fixée à . . . . . 0,90 »

Pour préparer une pommade ou une pâte destinée à l'usage externe

jusqu'à 100 gr., l'indemnité allouée est fixée à 0,75 »

jusqu'à 200 gr., l'indemnité allouée est fixée à 1.— »

Pour diviser et confectionner en cachets une poudre ou une substance médicamenteuse simple ou composée, l'indemnité allouée est fixée par cachet à 0,10 »

Une indemnité dite de dispensation est allouée lors de la remise de tout médicament figurant sur une

prescription médicale. Cette indemnité qui représente la valeur du bouchon, de la coiffe, du conditionnement, etc. . . . et indemnise du temps passé pour l'inscription de la formule ou du mode d'emploi du médicament est fixée à . . . . . 0,25 frs.

La quatrième règle concerne l'application du tarif de la vente au détail. Sur les médicaments contenus dans ce tarif le pharmacien est tenu de donner 20 à 25 % de rabais aux caisses, à condition que le médicament soit prescrit en nature sans aucune préparation ni manipulation (dissolution, trituration, infusion, etc.) et sans indication du mode d'emploi.

Enfin, il va sans dire que dans la médecine de caisse on évitera toutes les prescriptions de luxe telles que pilules gelatinées et argentées, vins médicinaux et eaux minérales (à remplacer par les sels minéraux artificiels), tous les excipients, véhicules et correctifs coûteux, émulsions, mucilages, sirops de fruits. On se bornera à donner un sirop simple, quelques gouttes d'essence de menthe, de teinture aromatique, d'eau d'amandes amères diluée etc.

En tenant compte de ce qui précède, je vais citer pour finir quelques exemples pratiques, indiqués dans le petit «manuel de prescription économique» de Mr. le Dr. Ott qui montrent comment on peut réaliser de sérieuses économies tout en ne faisant pas le moindre tort au malade:

«Un malade doit prendre 3 gr. de Bromure de Potassium par jour;

Le docteur A prescrit: Kali bromati pulv. 30

et lui indiquera verbalement qu'il doit prendre 3 ✕ par jour 1 forte pointée de couteau dans un demi-verre d'eau; le prix de l'ordonnance sera = 1,95 avec un rabais de 20—25 % (taxe de détail).

Le docteur B prescrit: Kali bromati pulv. 1,0
D. tal. dos. N° 30
à prendre 3 poudres par jour.

L'ordonnance coûtera 3,70 frs. (avec 10 % de rabais).

Le docteur C prescrit: Solut. Kali bromati 15,0/270,0
Syr. cort. aurant. 30,0

l'ordonnance coûtera 3,30 frs. (avec 10 % de rabais) et il faudra 2 flacons pour avoir 30 gr. de bromure. Dans les 3 cas le

malade aura reçu le même médicament actif, mais les dépenses de la Caisse seront doublées ou triplées, selon que le médecin aura choisi l'une ou l'autre formule.

Ou bien, un malade doit se servir comme gargarisme de chlorate de potasse dissous dans du thé de sauge.

Le docteur A prescrit : Kali chloric. 50 ; prix 1,50
Fol. Salviae 50 ; prix 1,—
et dira au malade de dissoudre une cuillerée à café de sel dans une tasse de thé.

Le prix sera donc de 2,50 frs. (avec 20—25 % de rabais).

Le docteur B prescrit : Kali chloric. 10,0
Inf. fol. Salviae 10,0/270,0
Mel. rosat. 30,0
D.-S. gargarisme ; prix 4,50
(avec 10 % de rabais.»

Nous concluons donc avec Mr. le Dr. Ott que «la prescription économique appliquée avec discernement ne cause aucun dommage aux malades ; par contre elle permet aux caisses d'économiser de fortes sommes qui pourront être employées d'une manière plus utile».

II. Le point de vue professionnel.

Sous ce dernier titre nous allons exposer les modifications qu'a apportées dans l'exercice de la profession médicale l'introduction de l'assurance-maladie, au point de vue moral et au point de vue matériel et financier.

A. Avantages et inconvénients au point de vue moral.

On a, dans la presse médicale et autre du pays, beaucoup écrit sur les grands inconvénients moraux qui résulteraient pour le médecin de l'exercice de la médecine de caisse. On a dit que, par elle les médecins étaient abaissés au rang de salariés de la caisse, qu'ils subissaient un asservissement humiliant. Au surplus, l'organisation médicale même, le syndicalisme imposait une entrave sensible, à la liberté individuelle du praticien obligé de se soumettre au contrôle régulier du syndicat. Le médecin subirait la tutelle de la collectivité qui passerait tous les contrats pour lui. Il se soumettrait à une discipline sévère dictée par ce même syndicat etc.

Nous avons, dans notre chapitre sur le libre choix sur la base du contrat collectif, suffisamment insisté pour donner une description de la situation misérable où se trouvaient nos confrères à la suite de l'introduction des nouvelles lois sociales qui, à cette époque là, avaient créé un véritable prolétariat médical, lois qui avaient eu pour effet un amoindrissement grave de l'antique dignité professionnelle du médecin.

C'est un anachronisme que d'éveiller le spectre de cette période d'humiliation, de déshonneur et de misère, à présent que le médecin alsacien et lorrain est de nouveau parvenu au niveau élevé — longtemps ébranlé — de moralité et d'honneur professionnel.

Quant au syndicalisme, nous pouvons le considérer suivant ces deux points de vue:

1) l'organisation syndicale est un postulat de la médecine sociale en particulier.
2) l'organisation syndicale est un postulat de notre époque en général.

Le syndicalisme est nécessairement lié à la notion de la médecine sociale. Il est nécessaire «dans l'intérêt individuel des assurés: par toutes les impulsions et restrictions que le Syndicat peut exercer sur les médecins relevant de sa discipline». Il est nécessaire, dans «l'intérêt collectif des assurés représentés par la Caisse, organe de l'assurance, par le contrôle exercé sur l'activité médicale dans toutes ses formes. Par la facilité des caisses et groupements de caisses, de traiter en toutes questions, avec la collectivité médicale, toutes mesures pouvant trouver l'application la plus vaste» [1].

Il est enfin nécessaire pour sauvegarder les intérêts du corps médical même. Car le libre choix et le contrat collectif ne sont possibles que sur le terrain syndical.

En seconde ligne l'organisation syndicale est-elle un postulat de notre époque en général. Le syndicalisme en Alsace et en Lorraine a été créé, il est vrai, comme moyen de défense contre les préjudices portés à la profession médicale par la législation sociale, elle a été créée, il est vrai, en vue de la lutte contre le nombre et contre l'argent. Heureusement! Car il faudrait

[1] «Le médecin syndicaliste», février 1921, p. 49 (discours du Dr. Specklin).

le créer maintenant contre l'esprit de l'époque, cet esprit contre lequel l'individu isolé est perdu comme une plume dans le vent. Monopolisation dans la vie économique, centralisation dans la vie politique, agglomération dans la société, syndicalisation dans la vie professionnelle — voilà les postulats d'aujourd'hui !

L'alsacien, homme essentiellement pratique et discipliné avec une tendance congénitale vers l'idée collective, est tout spécialement à même d'apprécier les grandes forces morales et matérielles de la collectivité. L'alsacien lui-aussi se dit avec Cicéron : «Ceci est à mon avis la plus belle étoile dans la couronne de la sagesse, de ne pas dépendre d'autrui et de ne pas se laisser influencer par des circonstances extérieures dans ses jugements sur le bien et le mal.»

Mais en même temps son passé historique lui apprend combien est relative toute liberté humaine.

B. Avantages et inconvénients au point de vue matériel.

Voici ce qui est écrit dans un livre du bon vieux temps : «Le médecin ne vend pas sa science et son expérience à tel ou tel prix : il donne des conseils aux malades, il les soigne, il les traite, parfois il les guérit, souvent il les soulage, toujours il les console et fortifie leur courage et leur résignation. Par réciprocité le client honore le médecin en proportion du service qu'il lui rend, en proportion de la fortune dont il jouit, de la position sociale qu'il occupe . . . Établir un tarif d'honoraires, faire sa note aux clients, constitue déjà une anomalie contraire à l'esprit professionnel . . .»[1].

«Tempera mutantur et nos mutamur in illis»! L'esprit de la nouvelle époque a, ici encore, apporté un changement considérable. Et la question des honoraires est une des plus discutées dans le domaine de l'assurance-maladie.

Voyons en tout d'abord deux conséquences plutôt heureuses. Ce sont : l'augmentation de la consommation de médecine et la sécurité du paiement des honoraires. Il a déjà été question de la première. Nous l'avions qualifié de puissant facteur de l'hygiène sociale. Nous disons maintenant qu'elle est d'un avantage indiscutable pour la profession médicale au point de vue matériel.

---

[1] Schützenberger, Ch. : Allocution 1875.

Parceque le médecin admis au traitement des assurés voit le nombre de ses malades s'accroître des clients qui auraient renoncé en partie à ses soins privés. Le second grand avantage consiste en la sécurité de paiement. Il est certain que, sans l'assurance-maladie, bon nombre de consultations et de visites ne seraient jamais payées parceque l'ouvrier, une fois la maladie passée, aura à satisfaire à beaucoup de créanciers autres que le médecin.

Malheureusement ces agréments le médecin de caisse les paye d'un grand nombre d'inconvénients. Nous signalons en première ligne la diminution considérable de la clientèle privée. Ainsi par exemple, en 1920 le nombre des assurés de la caisse locale générale de Strasbourg était de 45000 environ ; le nombre total des assurés (caisse locale et autres caisses), y compris leurs familles, était de 100000 environ. La population de Strasbourg compte 165000 âmes. La clientèle libre serait donc constituée par 65000 personnes non assurées. Et encore il faudrait soustraire de cette clientèle les indigents assistés par l'assistance publique, dont le nombre était de 18170 pour la même année 1920.

Mêmes reflexions pour l'exemple suivant : En Alsace, sur une population d'environ 1600000 âmes plus de 300000 personnes sont assujetties à l'assurance sociale, sans compter les familles des assurés qui portent le nombre des personnes soustraites à la clientèle privée du médecin à plus de 500000, c'est-à-dire un tiers de la population. Dans des villes comme Strasbourg, nous l'avons vu, la proportion atteint facilement $^2/_3$.

On comprend donc combien la répercussion d'une telle institution est énorme sur l'exercice de la profession médicale.

Cependant ce n'est ni le seul ni le pire des inconvénients qui constituent le cortège de l'assurance-maladie. Ce qui est plus sérieux encore, c'est l'abaissement des honoraires à la suite du forfait.

Nous savons déjà que ce forfait est évalué au taux de 19 frs. par membre et par an pour la rémunération du travail médical proprement dit et de 2,50 frs. pour les indemnités kilométriques (campagne = 5 frs.). Nous savons également déjà que cette somme est répartie par le Syndicat sur la base du système dit «des points» et que par conséquent, lorsque le chiffre des honoraires alloués par la commission de contrôle

excède la somme payée par la caisse, le taux des honoraires est réduit proportionnellement. Nous savons que ceci arrive surtout en temps d'épidémie, où le nombre des actes augmente considérablement, tandis que les honoraires à payer par les caisses restent stationnaires.

Voici par exemple les chiffres que le Dr. Lafontaine indique comme moyenne du point en 1920, et ce qu'elle donne appliquée à l'évaluation des visites et consultations. (Caisse locale de Strasbourg-Ville et campagne)[1].

Valeur du point en 1920	0,78 frs.
La consultation a donc été payée	2,34 frs.
La visite	3,90 frs.
Le kilomètre	1,56 frs. (campagne).

Voici encore des statistiques qui nous permettent de nous rendre compte de la situation précaire du médecin alsacien:

Honoraires touchés par les médecins appartenant au Syndicat de Strasbourg pour 1920.

Honoraires	audessous de	5 000	frs.	—	34	médecins
»	de 5 000 à	10 000	»	—	12	»
»	» 10 000 »	15 000	»	—	14	»
»	» 15 000 »	20 000	»	—	13	»
»	» 20 000 »	25 000	»	—	5	»
»	» 25 000 »	30 000	»	—	3	»
»	» 30 000 »	35 000	»	—	2	»
»	» 35 000 »	40 000	»	—	2	»
»	» 40 000 »	45 000	»	—	1	»
»	» 45 000 »	50 000	»	—	1	»
»	» 50 000 »	51 000	»	—	1	»

soit:

audessous de	5 000	: 38,63 %
» »	10 000	: 52,27 %
» »	15 000	: 68,18 %
» »	20 000	: 82,95 %

[1] «Le médecin syndicaliste», octobre 1921.

Honoraires payés à 176 medecins du Bas-Rhin par la Caisse de malades en 1920.

Audessous de	5 000 frs.	61	médecins,	soit 35	o/o
de 5 à	10 000 »	27	»	» 15	»
» 10 »	15 000 »	33	»	» 18 3/4	»
» 15 »	20 000 »	24	»	» 13 1/2	»
» 20 »	25 000 »	12	»	» 6 3/4	»
» 25 »	30 000 »	7	»	» 4 o/o	»
» 30 »	35 000 »	2	»	» 1.15	»
» 35 »	40 000 »	4	»	» 2.30	»
» 40 »	45 000 »	3	»	» 1.70	»
» 45 »	50 000 »	1	»	» 0.55	»
» 50 »	53 000 »	2	»	» 1.15	»

Donc, sur 176 médecins du Bas-Rhin:

88	touchent	moins	de	10 000	frs.	par	an,	soit 50	o/o
145	»	»	»	20 000	»	»	»	» 83	»
170	»	»	»	40 000	»	»	»	» 96	»

Répartition des honoraires aux médecins de Caisse de Colmar:

Ont	touché	moins	de	3 000	frs.	3	médecins
»	»	plus	»	5 000	»	4	»
»	»	»	»	10 000	»	4	»
»	»	»	»	15 000	»	4	»
»	»	»	»	20 000	»	4	»
»	»	»	»	25 000	»	4	»
»	»	»	»	30 000	»	4	»
»	»	»	»	35 000	»	3	»
»	»	»	»	40 000	»	2	»

La situation un peu meilleure à Colmar s'explique par le fait qu'il y a moins de médecins et qu'il n'y a pas de policlinique en dehors de l'hôpital.

Il est évident cependant que ces médecins qui reçoivent 35 et 40 000 frs. d'honoraires n'ont plus le temps de faire d'autre clientèle.

Plus rémunératrice que celle de Colmar et surtout que celle de Strasbourg est la médecine de caisse à Mulhouse, où la moyenne est plus de deux fois plus élevée qu'à Strasbourg.

4	médecins	touchent	des	honoraires	de	1	à	10 000 frs.
12	»	»	»	»	»	10	»	20 000 »
7	»	»	»	»	»	20	»	30 000 »
10	»	»	»	»	»	30	»	40 000 »
11	»	»	»	»	»	40	»	60 000 »
2	»	»	»	»	»	60 000 et au-dessus.		

Deux solutions se présentent pour remédier aux insuffisances ainsi précisées de ces «formes» de finances, expression d'un système administratif qui ne satisfait que les financiers pour qui tout problème se résout par des «colonnes de chiffres savamment balancées». Qu'il nous soit permis de les envisager brièvement quoique cela dépasse l'objectif que nous nous étions proposé au début de ce travail.

On a envisagée une augmentation du forfait de telle sorte que sa valeur permettrait aux Syndicats de payer à la vacation toutes les notes d'honoraire présentées. Nous nous sommes renseignés auprès de médecins le mieux placés pour apprécier cette question. Ils nous ont dit que l'élévation du taux du forfait devrait être de 100 % au moins, c'est-à-dire 20 frs. en sus des 19 frs. déjà fixés par membre et par an.

Mais, en principe le forfait est à rejeter et à remplacer par le tarif à la visite, le paiement par vacation qui est plus équitable et plus conforme à la dignité du médecin qui, comme tout travailleur, doit recevoir le prix loyal de son labeur. Pour fixer les idées nous reproduisons ci-dessous les chiffres de quelques honoraires médicaux proposés par le Bureau des comptes du Syndicat de Strasbourg et qui serviront de base pour l'établissement du nouveau contrat en 1925.

Le prix minimum de tout acte médical est de . . .	5 frs.
Consultations au domicile du médecin, la première .	7 »
Les suivantes au cours de la même maladie . . .	5 »
Par téléphone	5 »
Visites au domicile du malade, la première	10 »
Les suivantes au cours de la même maladie.	8 »

Il va sans dire que de tels chiffres, aussi justifiés qu'ils nous paraissent, signifieraient une charge considérable pour le budget des caisses. Et il serait à considérer que ces exigences rapporteraient au corps médical le reproche éventuel d'avoir

empêché par son attitude le développement sain et libre d'une législation sociale dont le médecin, premier pionnier de la civilisation, premier serviteur de l'humanité, doit être l'un des premiers artisans.

Pour équilibrer les dépenses considérables qui seraient ainsi à attendre de l'introduction du tarif à la visite, on a proposé le **«ticket modérateur»** qui a, semble-t-il, fait ses preuves à l'intérieur de la France et surtout dans les Sociétés de secours mutuels à Lyon.

La caisse pourrait ainsi intéresser directement l'assuré dans la participation aux frais médicaux en lui faisant payer une petite fraction et elle éviterait de cette manière une requisition abusive des soins médicaux. A cette manière de voir nous devons objecter que les taux proposés de 25, 50 et 75 centimes sont absolument insuffisants pour empêcher sérieusement les abus et pour empêcher avant tous les tireurs au flanc de se procurer les fiches nécessaires pour toucher leurs indemnités. D'autre part, une élevation de ce taux comme c'est le cas dans le système lyonnais, où l'assuré paye 3 frs. pour une consultation et 4 frs. une visite, c'est-à-dire la moitié de l'honoraire, serait, à notre avis, contraire à l'esprit de la législation sociale et aux tendances sociales en général.

Quoiqu'il en soit, il n'appartient finalement pas aux médecins de donner la solution. C'est aux caisses de malades de trouver et de créer les bases techniques sur lesquelles reposera la législation ouvrière, sur lesquelles elle se développera et prospérera au profit de la population d'Alsace et de Lorraine tout en respectant les intérêts vitaux des médecins, porteurs principaux de cette grande réforme sociale. C'est alors que se réalisera le mot du grand Pasteur dont le monde civilisé entier célèbre en ce moment le centenaire :

> «Je crois invinciblement que les peuples s'entendront, non pour détruire, mais pour édifier, et que l'avenir appartiendra à ceux qui auront le plus fait pour l'humanité souffrante».

Conclusions.

I.

L'assurance-maladie obligatoire est un bien commun inaliénable de la population d'Alsace et de Lorraine. Elle est entrée dans les mœurs. Elle est une institution solidement assise.

II.

L'assurance-maladie fonctionne sur la base :

1) du libre choix ;
2) du contrat collectif;
3) du forfait.

III.

Les médecins n'élèvent pas contre elle d'objections de principe.

IV.

L'assurance-maladie a ses avantages et ses inconvénients.

A. Avantages au point de vue médical :

1) elle permet le diagnostic précoce de la maladie ;
2) elle garantit au malade un traitement médical approprié et qui est à la hauteur de la science médicale moderne.

B. Inconvénients au point de vue médical.

Elle influence désavatageusement les rapports entre le médecin et son malade :

1) En créant des relations semblables à celles qui existent entre les supérieurs et leurs subordonnés ;
2) Par la méconnaissance du secret professionnel.

C. Avantages au point de vue professionnel:
   1) Elle augmente la consommation de médecine;
   2) Elle garantit au médecin la sécurité du paiement.
D. Inconvénients au point de vue professionnel:
   1) Elle a pour conséquence la restriction de la clientèle privée;
   2) Elle abaisse les honoraires médicaux.

V.

Les médecins d'Alsace et de Lorraine réclament:
   1) L'introduction du tarif à la visite;
ou 2) un forfait suffisamment rémunérateur.

Bibliographie.

Blind, Edmond. L'assurance-maladie et le médecin in Le médecin français, Paris 1920, N° 10 p. 188—192.

Bovet, Arthur. Les assurances ouvrières obligatoires. Berne 1900. — G. 107077.

Chavigny, Paul. Cours de déontologie médicale et de médecine sociale, fait à Strasbourg en été 1922.

Dejace, L. Assurances sociales contre la maladie in Annales d'hygiène publique et de médecine légale. Paris 1921, N° 4 p. 276—279. — J. 500246.

Droz, Numa. Essais économiques, Genève 1896.

Ehret, Marie-Joséphine. L'institut d'assurances sociales en Als. et Lor. et son rôle sociale. Thèse droit, Strasbourg 1919. (Archives de la Faculté de Droit.)

Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace. Recueil de prescriptions économiques, Strasb. 1922. (Archives du Syndicat des médecins de Strasb.)

Fürst-Windscheid. Handbuch der sozialen Medizin 2. Band, Jena 1903. — J. 141617.

Gabriel, Arthur. Die kassenärztiche Frage, Leipzig 1912. — G. 107211.

Giss, Dr. Les origines des assurances sociales en Als. et Lor. Clermont 1922. — M. 122215.

Græf, Eduard. Aerzte und Krankenkassen. Frankf. 1905. Bibliothèque de la Caisse locale de Strasb.-Ville.)

Hartmann. Welche Aussichten haben die Aerzte auf Erfüllung ihrer Wünsche bei der Neuberatung des K. V. G. Leipzig 1902. — J. 141925.

Herrmann, Auguste. Les ass. soc. en Als. et Lor. Strasb. 1921.

Kleinknecht. Au seuil d'un conflit, in Le médecin synd. Paris 1922, N° 9 p. 391—393.

Lafontaine, R. Les droits des assurés en Als. in Le médecin synd. Paris 1921, N° 9 p. 487—523.

Lafontaine, R. et Quivy. Notre enqête en Als. et en Lor. in Le méd. synd. Paris 1921, N° 10 p 551—592.

Legrand, C. Propos d'Alsace. — Sur l'assurance-maladie in La presse médicale, Paris 1922, N° 9 p. 169—172.

Muller, Georg Heinrich. Die freie Arztwahl in Magdeburg. Magdbg. (Archives de la Caisse locale de Strasb.)

Muller, Jules. Rapport sur le service de contrôle in compte-rendu de la caisse locale locale générale de malades de Strasbourg pour l'exercice 1918. p. 53—55.

Muller, Jules. Rapport sur le service de contrôle in compte-rendu 1921.

Muller, Jules. L'assurance-maladie et les médecins en Alsace in Le médecin synd. Paris 1920, N° 5 p. 135—143.

Nordmann, Charles. Le contrat collectif in Le méd. synd. Paris 1920, N° 6 p. 172—176.

Office général des Assurances soc. d'Als. et de Lor. Code des Assurances sociales. (Bibliothèque du Commissariat Général X. 1054.)

— Les assurances sociales, Strasb. 1919.

Ott, E. Manuel de prescription économique, Strasb. 1921, (Bibliothèque Caisse locale, Strasb.)

Ott, E. Considérations sur le libre choix du médecin in La vie sociale, Strasb. 1920/21, N° 11 p. 173—176.

Schützenberger, Ch. Allocution prononcée en 1875 à la réunion annuelle de l'association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin. — M. 121098.

Sorgius, Scheib, Nilus, Heitzmann, Zeller, Dreyfuss. Les sanatoria dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Strasb. 1921.

— Le projet de loi gouvernemental sur les ass. soc. comparé à la législation d'assurances actuellement en vigueur en Als. et en Lor. 1921. — M. 39307.

— Bulletin officiel de l'office général des ass. soc. d'Als. et de Lor. années 1919—1923.

— Gegen die Sabotageversuche der sozialen Versicherungseinrichtungen im Masmünstertal in L'Echo de Mulhouse 26 août 1922.

— Zum Streit zwischen Aerzten u. Krankenkassen im Masmünstertal in Le Républicain du Haut-Rhin, 8 sept. 1922.

— Zum Colmarer Kassenarztstreit in Aerztl. Mitteilungen 1901, N° 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 p. 9—67. — J. 14445.

~~Sorgius, Scheib, Nilus, Heitzmann, Zeller, Dreifuss.~~ L'assurance-sociale devant l'Union des Syndicats. Discussion à l'assemblée générale de l'Union des Syndicats médicaux de France, le 10 déc. 1921 in Le médecin synd. Paris 1922, N° 1 p. 34—52.

— L'assurane-maladie-invalidité; Discussion à l'Assemblée générale de l'U. S. M. F. le 4 et 5 déc. 1920 in Le médecin synd. Paris 1921, N° 2 p. 37—79.

— L'assurance-maladie en Alsace et en Moselle in Le médecin synd. Paris 1922, N° 7 p. 352—361.

Note: La cote indiquée pour quelques ouvrages se rapporte au catalogue de la bibliothèque universitaire et régionale de Strasbourg.

Table des matières.

	Pages
Introduction	7—8
Chapitre premier: Bases et étendue de l'assurance-maladie	9—13
Chapitre II: La loi et le médecin	14—16
Chapitre III: Le libre choix sur la base du contrat collectif	17—34
Chapitre IV: Le mécanisme de l'assurance-maladie	35—42
La déclaration du patron.	
L'assuré et la Caisse.	
L'assuré et le médecin.	
Le contrôle administratif.	
La commission de contrôle médical.	
Le médecin de confiance.	
Le contrôle des notes médicales.	
Chapitre V: Avantages et inconvénients de l'assurance-maladie au point de vue médical et professionnel	43—60
Conclusions	61—62
Bibliographie	63—65

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Rue de Lausanne. — Téléphone Nos 4915 - 4916 - 4917

Demande d'admission pour personnes ayant droit à l'Assurance facultative.

Le(a) soussigné(e) demande a être admis(e) comme membre volontaire de la Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville, conformément au § 6 des statuts. Il(elle) déclare répondre consciencieusement à toutes les questions posées par l'Administration de la Caisse et le médecin-conseil et de n'omettre aucun détail important.

Anmeldung für Beitrittsberechtigte.

Der (die) Unterzeichnete ersucht gem. § 6 der Kassensatzungen um Aufnahme als freiwilliges Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse Strassburg. Er (Sie) erklärt, die ihm (ihr) von der Kassenverwaltung sowie vom Vertrauensarzte gestellten Fragen nach bestem Wissen zu beantworten und nichts wesentliches zu verschweigen.

Demandes — Fragen	Réponses — Antworten
Nom et prénom Vor- und Zuname	
Né(e) le Geboren am	
Domicile Wohnhaft	
Profession Beschäftigung	
Salaire (journalr, hebdomre ou mensuel) Verdienst pro Tag, Woche oder Monat	
Marié(e) Verheiratet?	
Depuis quand Seit wann?	
Nom et âge des membres de la famille vivant dans la communauté Namen und Alter der im Haushalt lebenden Angehörigen	
Avez-vous été refusé(e) par une Caisse quelconque? Pourquoi? Ist Ihnen von irgend einer Kasse die Aufnahme verweigert worden? Warum?	
Quelles maladies ou blessurs aviez-vous déjà? Quel médecin vous a traité(e)? Von welchen Krankheiten und Verletzungen waren Sie befallen und welcher Arzt hat Sie behandelt?	
Souffrez-vous ou avez-vous souffert de lésions ou infirmités corporelles? Sind Sie mit körperlichen Schäden und Gebrechen behaftet oder behaftet gewesen?	
Etes-vous complètement bien portant(e)? Sind Sie vollkommen gesund?	
Souffrez-vous d'une maladie chronique? Besteht ein chronisches Leiden?	

Strasbourg, le ..... 192.....

Signature: .....
Unterschrift:

Est invité(e) à se présenter devant le médecin-conseil le ..... 192.....

Strasbourg, le ..... 192.....

Pour l'Administration de la Caisse:

.....

Avis du médecin de confiance.

1. Etat général (nutrition) .....
2. Cœur et vaisseaux .....
3. Poumons .....
4. Organes digestifs .....
5. Dents .....
6. Système nerveux .....
7. Organes des sens .....
8. Organes génitaux .....
9. Reins et voies urinaires .....
10. Grossesse .....
11. Maladies vénériennes ou cutanées .....
12. Varices .....
13. Hernies .....
14. Blessures .....
15. Autres infirmités ou vices de conformation .....
16. Remarques .....

.....

Est-il à prévoir que l'intéressé(e) aura besoin d'assistance médicale dans les prochaines six semaines? .....

.....

No du registre: ..... A la suite de l'examen pratiqué aujourd'hui, je propose $\frac{\text{l'admission.}}{\text{le refus.}}$

Strasbourg, le ..... 192 ..... **Le médecin-conseil:** .....

$\frac{\text{Reçu (e)}}{\text{Refusé (e)}}$ comme membre volontaire le ..... 192 .....

d'après la classe ..... ; notifié cette décision à l'intéressé (e) le ..... 192 .....

No. 105. 27. 2. 22.: 1000.

Avis important.

1. Le présent bulletin sert de **légitimation** pour la **gratuité du traitement médical** par le médecin de la Caisse; il est à remettre à celui-ci dans un délai de trois jours à compter du jour de timbrage.
2. Le bulletin **n'est valable** que pour le trimestre courant; il est à renouveler, si la maladie continue, à la fin du trimestre.
3. Ce bulletin **reste entre les mains du medecin,** qui, à la fin du trimestre, le transmet au Bureau central des syndicats médicaux du Bas-Rhin.
4. Le bulletin de traitement est **personnel et** incessible. Toute personne, qui en ferait un usage non autorisé ou se le ferait délivrer sans y avoir droit, sera poursuivie par les autorités judiciaires.
5. **En cas d'incapacite de travail,** il sera délivré en outre aux assurés une carte de légitimation. La délivrance de cette carte peut avoir lieu en même temps que celle du bulletin de traitement ou bien elle sera envoyée à domicile aussitôt que le médecin aura transmis à la Caisse la déclaration de maladie.

Zur gefl. Beachtung.

1. Dieser Behandlungsschein dient als **Ausweis** gegenüber dem Kassenarzt zur Inanspruchnahme **freier ärztlicher Behandlung** und muss innerhalb 3 Tagen nach dem Tage der Abstempelung dem Kassenarzt vorgelegt werden.
2. Derselbe ist nur für das laufende Vierteljahr **gültig** und muss, wenn die Krankheit länger andauert, nach Ablauf des Vierteljahres erneuert werden.
3. Der Behandlungsschein **bleibt in den Händen des Kassenarztes,** der ihn nach Vierteljahresschluss an das Bureau central des syndicats médicaux du Bas-Rhin zur Verrechnung einzusenden hat.
4. Der Behandlungsschein ist nur **persönlich** und nicht übertragbar. Personen, welche denselben unberechtigt verwenden oder sich in den unrechtmässigen Besitz desselben setzen, werden wegen Betrugs zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen.
5. **Im Falle der Erwerbsunfähigkeit** erhalten die **Mitglieder** ausserdem eine **Krankenkarte,** und zwar entweder gleichzeitig mit dem Behandlungsschein oder mittels besonderer Zustellung nach erfolgter Krankmeldung.

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Rue de Lausanne.

Bulletin de traitement médical.

Nom: .....

Domicile: .....

Age: .....ans -Marié(e). — Veuf-Vve. — Célibataire. — Garni

Membre obligatoire — temporaire — volontaire.

District N° ..... Jours d'indemnité par semaine..... Classe.....

Employeur: .....

(à remplir seulement pour les membres obligatoires)

Entré(e) le..... Sorti(e) le.....	Secours **réglementaires** **supplémentaires**
Déclaré(e) le..... Déclaré(e) le.....	
Assuré(e) précédemment du ..... au	à ..... semaines

Est adressé(e) sur sa demande à Mr le Dr:

Les visites médicales doivent être demandées avant 9 heures du matin.

Besuche des Arztes sind tunlichst vor 9 Uhr vormittags zu bestellen.

Voir au verso. — Bitte Rückseite beachten.

Nom:.....

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

N° de la liste.....

(A indiquer pour: Consultations: **C.** Visites: **V.** Consultations de nuit: **+**. Visites de nuit: **N.** Intervention spéciale: **J.**)

I. Dates des soins médicaux:

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

II. Interventions spéciales:

Date	Désignation	N° du Tarif	Points

III. Maladie:

(Indiquer, le cas échéant, les raisons d'une fréquence anormale des actes médicaux.)

Incapacité de travail: du..... au.....; du ..... au.....

Admission à l'hôpital (service)

IV. Calcul des honoraires.

Consultations	Points
Visites	„
Consultations de nuit	„
Visites de nuit	„
Total	Points

Interventions spéciales	Points
Indemnités kilométriques	„

Avis important.

1. Le présent bulletin sert de **légitimation** pour la **gratuité du traitement médical** par le médecin de la Caisse; il est à remettre à celui-ci dans un délai de trois jours à compter du jour de timbrage.
2. Le bulletin **n'est valable** que pour le trimestre courant; il est à renouveler, si la maladie continue, à la fin du trimestre.
3. Ce bulletin **reste entre les mains du medecin**, qui, à la fin du trimestre, le transmet au Bureau central des syndicats **médicaux du Bas-Rhin.**
4. Le bulletin de traitement est **personnel** et incessible. Toute personne, qui en ferait un usage non autorisé ou se le ferait délivrer sans y avoir droit, sera poursuivie par les autorités judiciaires.

Zur gefl. Beachtung.

1. Dieser Behandlungsschein dient als **Ausweis** gegenüber dem Kassenarzt zur Inanspruchnahme **freier ärztlicher Behandlung** und muss innerhalb 3 Tagen nach dem Tage der Abstempelung dem Kassenarzt vorgelegt werden.
2. Derselbe ist nur für das laufende Vierteljahr **gültig und muss,** wenn die Krankheit länger andauert, nach Ablauf des Vierteljahres erneuert werden.
3. Der Behandlungsschein **bleibt in den Händen des Kassenarztes,** der ihn nach Vierteljahresschluss an das Bureau central des syndicats médicaux du Bas-Rhin zur Verrechnung einzusenden hat.
4. Der Behandlungsschein ist nur **persönlich** und nicht übertragbar. Personen, welche denselben unberechtigt verwenden oder sich in den unrechtmässigen Besitz desselben setzen, werden wegen Betrugs zur strafrechtlichen Verantwortung gezogen.

Caisse locale générale de Maladies de Strasbourg-Ville.

Rue de Lausanne.

Bulletin de traitement médical.

Nom: .....

Domicile: .....

âgé de ..... ans, **épouse (époux), enfant**
(souligner le cas échéant)

de l'assuré: .....

Est adressé sur sa demande à Mr le Dr:

Les visites médicales doivent être demandées avant 9 heures du matin.

Besuche des Arztes sind tunlichst vor 9 Uhr vormittags zu bestellen.

Voir au verso. — Bitte Rückseite beachten.

No. 23. — 10. 5. 22. — 20.000.

Nom: .....

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

N° de la liste .....

(A indiquer pour: Consultations: **C.** Visites: **V.** Consultations de nuit: **+.** Visites de nuit: **N.** Intervention spéciale: **J.**)

I. Dates des soins médicaux:

Mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

II. Interventions spéciales:

Date	Désignation	N° du Tarif	Points

III. Maladie: (Indiquer, le cas échéant, les raisons d'une fréquence anormale des actes medicaux.)

Incapacité de travail: du ..... au ....., du ..... au .....

Admission à l'hôpital (sanat) ..... sortie .....

Spécialiste: ..... **Date du décès:** .....

IV. Calcul des honoraires.

..... **Consultations** . . . . Points

..... **Visites** . . . . „

..... **Consultations de nuit** . . . . „

..... **Visites de nuit** . . . . „

Total . . .. Points

Interventions spéciales . . . . Points

Indemnités kilométriques . . . . „

Total . . . . Points

En cas de maladie, cette déclaration doit être remplie exactement et lisiblement par le médecin et remise à la Caisse sous enveloppe dans le délai de 24 heures.

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Déclaration de maladie

Registre de malades N° .....
Groupe N° .....
Membre: obligatoire / temporaire / volontaire.

Nom: .....

Profession: .....

Domicile: .....

Age: ..... ans Marié(e) — Veuf / Veuve — Célibataire — en garni.
(souligner le cas échéant)

District ..... Jours d'indemnité par semaine ..... Classe .....

Employeur .....

Entré(e) le	Sorti(e) le	Prestations réglementaires / supplémentaires
Déclaré(e) le	Déclaré(e) le	

D'après mon examen médical / le certificat médical produit l'assuré(e) mentionné(e) ci-dessus est malade à partir du ..... à la suite de .....
(Diagnostic — écrire lisiblement)

.....

et incapable de travailler à partir du .....

La maladie provient-elle d'un **accident de travail?** .....
S'agit-il d'une **maladie professionnelle?** .....
ou des suites de **blessures ou maladies occasionnées par la guerre?** .....
L'incapacité de travail par **suite de l'accident** durera-t-elle **plus de 13 semaines?** .....

Strasbourg, le ..... 192 .....

Le médecin de la Caisse: .....

A remplir par la Caisse:

L'indemnité de maladie est payée jusqu'au .....

Observations spéciales. District de contrôle .....

Heures de sortie: de ..... à ..... le matin;
de ..... à ..... l'après-midi.

Défense de fumer, ou de consommer des boissons alcooliques? Doit garder le lit? (souligner le cas échéant.)

L'assuré reçoit en outre, en vertu d'autres assurances, par jour ..... frs.

Instructions pour le contrôle .....

.....

Y a-t-il des **symptômes positifs** de maladie? .....

Le malade est-il **suspect de simulation ou d'exagération?** .....

Durée probable de l'incapacité de travail? ..... semaines

S'agit-il de la continuation d'une maladie antérieure? .....
de laquelle? .....

Outre la maladie constatée ci-dessus en existe-t-il une autre à la suite de laquelle le malade serait incapable de travailler? ..... Laquelle? .....

Observations particulières du médecin: .....

.....

Observations du médecin-conseil .....

.....

Hôpital ..... **du** ..... **au** .....

.....

Sanatorium ..... **du** ..... **au** .....

.....

Congé pour ..... **du** ..... **au** .....

.....

Remarques du contrôle: .....

.....

.....

.....

N° 9. 10. 1. 28. 50 000.

Allgemeine Ortskrankenkasse Strassburg i. Els.

Diagnosenberichtigung.

Kr.-J.-Nr. .....

Straßburg, den ..... 191.....

Bei dem von mir erwerbsunfähig gemeldeten Kassenmitgliede

..... Heb.-Nr.....

bitte ich als Diagnose einzutragen:

.....

Event. besondere Bemerkungen: .....

.....

.....

Der Kassenarzt:

.....

Die Herren Kassenärzte werden gebeten, diese Diagnosenberichtigungen gelegentlich der Einsendung von Krankenmeldungen mitzuschicken.

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Heures de Caisse : 9 à 12 heures

Bulletin hebdomadaire de maladie

(Wöchentlicher Krankenschein)

Nom: ..... Domicile: .....

En mon traitement, était, d'après $\frac{\text{mon examen médical}}{\text{le certificat médical produit}}$ incapable de travailler

du ..... au ..... 192.... **inclus.**

L'incapacité de travail — est **terminée** à cette dernière date — **continue**
(Souligner le cas échéant.)

Le (la) malade désire reprendre son travail, mais la maladie et l'incapacité de travail continuent — selon mon avis — d'après mon diagnostic.
(Souligner le cas échéant.)

Registre de malades N° ..... Liste d'indemnité N° .....

Membre: Obligatoire — volontaire

Classe ..... d'après un salaire $\frac{\text{de base}}{\text{local}}$ par jour de ..... frs. Prestation $\frac{\text{réglementaire}}{\text{supplémentaire}}$

L'indemnité est payée jusqu'au 192

Soins $\frac{\text{de sanatorium}}{\text{d'hôpital}}$ du ..... au .....

» .....

Calcul de l'indemnité.

du	au	jours	par jour Frs.	Indemnité de maladie Frs.	Allocation de famille Frs.
			Total . .	..... frs. ..... cts.	

Quittance.

Reçu la somme ci-dessus soit: .....

.....

dont quittance.

Strasbourg, le 192

Signature — Unterschrift

.....

No 8. — 10. 1. 23 50000

Strasbourg, le ..... 192....

Le médecin de la Caisse:

.....

Avis important.

L'indemnité de maladie est payée par semaines et toujours **le même jour que celui où la carte de légitimation a été délivrée** au malade. **Les personnes rétablies** pourront toucher leurs secours **le jour même de leur rétablissement,** sur présentation du bulletin médical.

Les membres de la Caisse touchant l'indemnité de maladie allouée aux malades et exerçant pendant ce temps une occupation salariée seront poursuivis par les autorités judiciaires et **sévèrement punis.**

Les secours seront payés sur présentation du bulletin hebdomendaire ainsi que de la **carte de légitimation.**

Si une visite du malade à domicile est nécessaire, **le médecin est à prévenir à temps, si possible pendant les heures de consultation du matin.**

Zur gefälligen Beachtung.

Die Auszahlung des Krankengeldes erfogt **allwöchentlich am gleichnamigen Tage, an welchem die Mitgliedskarte bei der Kasse abgeholt wird. Bei beendeter Erwerbsunfähigkeit erfolgt die Auszahlung schon am Tage der Gesundmeldung.**

Kassenmitglieder, welche während des Bezugs von Krankengeld erwerbsmässig arbeiten, werden **wegen Betrugs dem Gericht angezeigt.**

Die **Mitgliedskarte,** ist bei Abhebung des Krankengeldes **jedesmal** mit dem Krankenschein vorzulegen.

Besuche des Arztes sind tunlichst in der Morgensprechstunde zu bestellen.

Ordonnance N° ----------

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

District N° ----------

pour ----------

domicile ----------

Exempt de rabais	Soumis au rabais	Vente au détail

Strasbourg, le ---------- 192 —

(médecin de la Caisse)

En cas de renouvellement du médicament, **les flacons vides sont à rapporter!** — Le médicament est délivré dans chaque pharmacie.

Bei wiederholter Anfertigung der Arznei sind leere Gefässe zur Apotheke zurückzubringen! Die Arznei kann in jeder Apotheke geholt werden.

No. 45 15. 2. 23. — 100.000.

Ordonnance N° .....

CAISSE LOCALE GÉNÉRALE DE MALADES DE STRASBOURG-VILLE

District N° .....

'our l'épouse / l'enfant .....

e l'assuré .....

)omicile .....

Exempt de rabais	Soumis au rabais	Vente au détail

trasbourg, le ..... 192 ....

.....
(médecin de la Caisse)

En cas de renouvellement du médicament, **les flacons ides sont à rapporter!** — Le médicament est délivré dans haque pharmacie.

Bei wiederholter Anfertigung der Arznei sind **leere Gefässe zur potheke zurückzubringen!**

lo. 149. 16. 10. 22 3000.

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

N° du district ..... *Strasbourg, le* ..... *192* .....

Nom .....

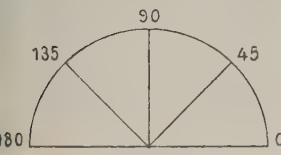
Domicile .....

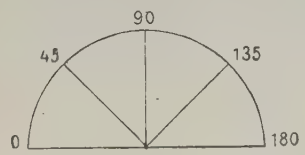
***BON** pour* .....

à porter .....

O. D. .....

O. G. .....





Le médecin de la Caisse: .....

A toucher, après avoir été préalablement Nach vorheriger Abstempelung auf dem Bureau der **timbré par la Caisse, chez l'un des fournisseurs** Kasse zu beziehen bei einem der nachstehend aufgeführten **suivants: (au choix)**
Lieferanten: (nach freier Wahl)

MM. BLOCH, 15, Rue du Dôme
MÆTZ, 20, Rue du Dôme
MAJER 10, Rue Mercière
MESCHENMOSSER, 20, Rue du Vieux-Marché-aux-Vins et 4, Rue de la Râpe
SAUER-GEIGER, 11, Place de la Cathédrale
TRESER, 54, Rue du Vieux-Marché-aux-Vins.

Vu
l'Administration
de la Caisse:

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

N° du district ..... *Strasbourg, le* ..... *192*.....

Pour *l'épouse* / *l'enfant* .....

de l'assuré .....

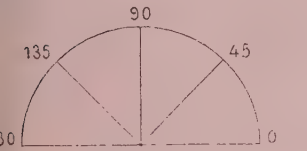
Domicile .....

***BON** pour* .....

à porter .....

O. D. .....

O. G. .....



Le médecin de la Caisse: .....

Ce bon est à toucher, après avoir été préalablement timbré par la Caisse, chez l'un des fournisseurs suivants: (au choix)

Nach vorheriger Abstempelung auf dem Bureau der Kasse zu beziehen bei einem der nachstehend aufgeführten Lieferanten: (nach freier Wahl)

MM. SAUER-GEIGER, 11, Place de la Cathédrale
BLOCH, 15, Rue du Dôme
MÆTZ, 20, Rue du Dôme
MAJER, 10, Rue Mercière
MESCHENMOSSER, 20, Rue du Vieux-Marché-aux-Vins et 4, Rue de la Râpe
TRESER, 54, Rue du Vieux-Marché-aux-Vins.

Vu
l'Administration
de la Caisse:

Caisse locale générale de malades
de Strasbourg-Ville
rue de Lausanne

N° du district ..... *Strasbourg,* ..... *192* ....

Nom .....

Domicile .....

BON pour | *Prix*

.....

Le médecin de la Caisse :

Ce bon est à toucher, après avoir été préalablement timbré par la Caisse, chez
Nur nach vorheriger Abstempelung auf dem Bureau der Kasse zu beziehen bei

MM. BERNARD, 16, boulevard de la Victoire
ROGALINSKI, 5, rue Mercière
STREISGUTH, 12, place Gutenberg
TSCHAEN, 22, rue d'Or
R. WOLFERMANN, 8, rue de la Grange

Vu
l'Administration
de la Caisse :

No 97. — 22. 2. 23. — 5000

aisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

Rue de Lausanne

N° du district..... Strasbourg,..... 192.....

Pour l'épouse / l'enfant .....

de l'assuré .....

Domicile .....

BON pour

Prix

.....

Le médecin de la Caisse :

Ce bon est à toucher, après avoir été réalablement timbré par la Caisse, chez

Nur nach vorheriger Abstempelung auf dem Bureau der asse zu beziehen bei

MM. ROGALINSKI, 5, rue Mercière
STREISGUTH, 12, place Gutenberg
TSCHÆN, 22, rue d'Or.
BERNARD, 16, Boulevard de la Victoire

Vu
l'Administration
de la Caisse :

o. 97a 31. 5. 22 — 5000.

aisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

istrict N° ..... **Strasbourg,** le ..... 192...

om et prénom: .....

omicile: .....

Valable pendant x semaines à partir e la date d'émission du présent bon

BAINS.

Gültig innerhalb 6 Wochen vom Tag der Ausstellung ab gerechnet.

BON pour .....

.....

prendre dans un des Etablissements de Bains désignés au verso.
Badeanstalten siehe Rückseite.

Le Médecin de la Caisse: .....

A remplir par le propriétaire des bains:

Bain livré le	GENRE DU BAIN	Prix Frs.	Cts.

Familienangehörige (Frauen und Kinder) haben keinen Anspruch auf Bäder.

BAINS. — Badeanstalten.

GILLOT, Bain des Roses, Rue des Ecrivains, 12.
GUTGESELL, Bain Ste.-Madeleine, Quai des Bateliers.
SCHMITT, Bain Persohn, Rue du Bain-Finkwiller 9.
VOGEL, Neudorf, rue de Mulhouse et St Erhard.

ETABLISSEMENT DE BAINS DE LA VILLE DE STRASBOURG

(Etablissement thermal et médicinal)

Städtisches Schwimm- und Medizinalbad.
Boulevard de la Victoire, 10.

BAIN MÉDICINAL DE L'HOPITAL CIVIL

Medizinalbad des Bürgerspitals.

Pour les heures de bains à l'Etablissement municipal de mêm
qu'à l'Hôpital Civil, s'y renseigner.

Die Benutzungszeiten im städtischen Schwimm- und Medizinalba
wie auch im Bürger-Spital sind bei den betreffenden Stellen zu erfahre

No. 122. 10. 1. 23. — 20 000.

sse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

Rue de Lausanne — Téléphones Nos 4915, 4916, 4917

du district: ..... Strasbourg, le ..... 192...

om de l'assuré(e): .....

omicile: .....

uit.

BON

pour .....1 de Lait par jour

squ'au .....

Le médecin de la Caisse:

. . . . . .

A remplir par le fournisseur.

te de la vraison	QUANTITÉ	PRIX

Liste des fournisseurs au verso. — Lieferantenliste umseitig.

LISTE DES FOURNISSEURS — Verzeichnis der Lieferante

A. Succursales de la Laiterie Centrale, S. A.

2, rue de l'Eglise
11/12, place de la Cathédrale
Place Kléber
1, place St-Thomas
30, rue de Zurich
9, rue du bain du Finkwiller
9, boulevard de Lyon
3, petite rue de la Course
17, rue de la Finkmatt
19. rue Wimpfeling
43, rue Schott, Robertsau
58a, rue St-Fiacre, „
98a rue du Polygone Ne
28, rue St-Aloyse, Neudorf
28, rue de Belfort, Neudor
84, r. d. Lichtenberg, Stock
54, route d'Oberhausberge
Cronenbourg

B. Dépôts de lait de la Laiterie Centrale

REGISSER, 31, rue des Hallebardes
WALTER, 23, boulevard de la Victoire
ZIMMER-METZGER, 20, rue de la Krutenau
GUNTZ, 9, fbg. de Saverne
ROTH, 57, avenue des Vosges

ainsi que les

succursales de la Société Coopérative de Consommation

(Filialen des Konsumvereins)

No. 161 — 8 12. 22. 5000

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

Envoi à l'Hôpital

N° du district:..... *Strasbourg,* le.....192.....

L'Assuré(e): .....
(nom et pénom)
Domicile: .....

a besoin **d'un Traitement à l'hôpital** / **d'être mis(e) en Observation à l'hôpital** et est

envoyé(e) ce jour à* .....

pour y être admis(e) .....

Le médecin de la Caisse:

.....

MM. les médecins sont priés, pour chaque cas d'envoi à l'hôpital, d'en faire mention sur la carte de l'assuré(e).

* Liste des hospices où les malades peuvent être envoyés: Hôpital civil de Strasbourg, Maison de santé Ste-Odile au Neudorf, Maison de Santé Israëlite, Clinique des assurances sociales, et (seulement pour les assurées) la maison de santé des Diaconnesses à Strasbourg.

L'Admission n'a pas eu lieu, à raison de:.....

.....

.....

Strasbourg, le.....192...

Le médecin de l'hôpital:

.....

MM. les médecins de l'hôpital sont priés de remplir ce talon en cas de *non admission* d'un(e) assuré(e).

No. 46. 20. 7 22. 5000.

aisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville

Bulletin d'Admission à l'Hôpital
pour l'administration de la Caisse

[o du district..... *Strasbourg,* le.....192.....

.'Assuré(e): .....
nom et prénom)

Domicile: .....

. été envoyé(e) aujourd'hui à .....

.....

Diagnostic: .....

Motifs de l'Admission: .....

.....

.....

.....

.....

Le médecin de la Caisse:

.....

En cas d'envoi à l'hôpital, prière d'établir 2 formulaires et d'envoyer le présent bulletin d'admission à la Caisse.

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Rue de Lausanne — Téléphone No: 4915, 4916, 4917.

Confidentiel!

Demande d'un examen
par la Commission de contrôle médicale de la Caisse.

Je demande par la présente un examen de contrôle de M.:

.....demeurant .....

pour les raisons suivantes: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je vous prie de me faire connaître le résultat de cet examen au verso.

Le ..... 192.....

Le médecin traitant:

.....

(Prière d'envoyer à la Caisse le présent formulaire par la poste ou, sous enveloppe fermée, par le malade lui-même. L'ordre de se présenter devant la Commission de contrôle sera donné au malade par la Caisse.)

No. 33. — 4. 1. 1921. 3000.

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Rue de Lausanne — Téléphone No: 4915, 4916, 4917.

A Monsieur le docteur .....

L'examen médical de votre malade M. .....

demeurant ..... demandé — par vous — par le médecin chef du contrôle — par l'administration de la Caisse — a donné le résultat suivant:

Poids	Température	Urine

L'incapacité de travail — continue — est terminée aujourd'hui — sera terminée le .....

Nous jugeons nécessaire: a) un traitement hospitalier - la mise en observation à .....

b) un nouvel examen médical dans ..... semaines.

c) un examen spécial par M .....

Nous recommandons: a) le repos au lit

b) une cure — dans un sanatorium — dans la forêt du Neuhof

Remarques: .....

Vous voudrez bien prendre en considération le résultat de cet examen et y conformer vos décisions.

Strasbourg, le ..... 192.....

Vu et retourné à la Caisse

le ..... 192.....

La Commission de contrôle médical.

Le médecin traitant:

.....

Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Rue de Lausanne. — Téléphone Nos 4915, 4916, 4917.

Demande d'examen spécial.*)

(Examen aux rayons X, Wassermann etc.)

Nom et Prénom: .....

Domicile: .....

Motifs: .....

.....

.....

.....

.....

.....

Strasbourg, le ..... 192.....

.....

(Signature)

*) La demande est à envoyer sous enveloppe à l'Administration de la Caisse.

(Voir le résultat au verso.)

Nom et Prénom: .....

Adresse: .....

Bon pour: .....

aux frais de la Caisse locale générale de malades de Strasbourg-Ville.

Strasbourg, le ..... 192.....

Le médecin-conseil: .....

Résultat de l'examen spécial demandé:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Strasbourg, le ..... 192 .....

.....

(Signature)

Transmis au médecin-traitant, M. le Dr .....

Pris connaissance et **retourné au médecin-conseil de la Caisse.**

Strasbourg, le ..... 192 .....

Le médecin-traitant:

.....

(Signature)

No 183. 20. 3. 23. 5000.